

Вопросы
МАТЕРИНСТВА
и
МЛАДЕНЧЕСТВА

У

4

НАРКОМЗДРАВ СССР · МЕДГИЗ

МОСКВА · 1941



СОДЕРЖАНИЕ

Б. С. Фейтельсон. К 40-летию юбилею Н. Ф. Альтгаузена	1
В. П. Плонская. Работа органов здравоохранения по борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями в 1940 г.	3
С. О. Дулицкий. Диагностика дизентерии у детей	9
И. В. Цимблер. О затяжной, хронической дизентерии	15
М. И. Нейштадт. Клиника и терапия острой бациллярной дизентерии у детей грудного и раннего возраста	19
Г. Б. Брауде. Интестифаг в терапии дизентерии у детей раннего возраста	25
Ф. Г. Клебанов. Профилактика желудочно-кишечных заболеваний в родиль- ных учреждениях	29
М. Ф. Леви. Место колхозных родильных домов в системе сельского родо- вспоможения	32

Сообщения с мест

Е. Л. Якоби. Работа дневного стационара при детской консультации . . .	40
М. В. Монастырецкая. Катамнез дизентерика	42
Официальная часть: План мероприятий по борьбе с детскими желудочно-ки- шечными заболеваниями на 1941 г Управления детских лечебно-профиллак- тических учреждений Наркомздрава Союза ССР	45
Хроника	

В О П Р О С Ы МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА

Ответственный редактор Ф. И. ЗБОРОВСКАЯ

Ответственный секретарь М. Ф. ЛЕВИ

1941

Орган НКЗдрава СССР

№ 4

Настоящий номер журнала «Вопросы материнства и младенчества» посвящается Н. Ф. Альтгаузену в день 40-летия его врачебной, педагогической, научной и общественной деятельности.

К 40-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ Н. Ф. АЛЬТГАУЗЕНА

Б. С. Фейтельсон (Москва)

31.I.1941 педиатрическая общественность Москвы отметила 40-летний юбилей врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности Николая Федоровича Альтгаузена.



Имя Николая Федоровича широко известно педиатрам нашего Союза. По всей территории Советского Союза рассеяны ученики и почитатели Н. Ф. С именем Н. Ф. связано представление о враче-общественнике, человеке, друге, учителе.

Н. Ф. родился 10.XI.1877 в семье служащего. В 1900 г. окончил курс медицинского факультета Московского университета. Еще будучи студентом, Н. Ф. проявляет интерес к детским болезням, особенно к болезням детей грудного возраста. По окончании университетского курса Н. Ф. начинает свою деятельность в скромной роли врача-экстерна в Воспитательном доме в Москве. Затхлая обстановка этого учреждения, огромная смертность среди детей-подкидышей, невозможность изменить что-либо в этом деле заставили честного, молодого врача скоро оставить Воспитательный дом.

Н. Ф. посчастливилось быть принятым в Университетскую клинику детских болезней в качестве врача-ординатора, где он работает с 1901 по 1905 г. сначала под руководством Н. Ф. Филатова, а затем Н. С. Корсакова.

По окончании ординатуры Н. Ф. с 1905 по 1907 г. был врачом общих городских амбулаторий Москвы.

С 1907 г. Н. Ф. переходит на работу врача-ординатора в Морозовскую детскую больницу; здесь он принимает активное участие в создании детской клиники и первого отделения больницы для грудных детей в Москве.

Наибольшее применение своей неиссякаемой энергии и организаторским способностям Н. Ф. находит с момента организации консультационной комиссии при Обществе борьбы с детской смертностью, активнейшим участником которой он был.

В 1910 г. при этом Обществе была открыта первая консультация для грудных детей. Н. Ф. Альтгаузен был ее организатором и руководителем в течение многих лет.

Вокруг Н. Ф. и организованной им первой консультации сплотился круг врачей-энтузиастов и общественников, которые с большим интересом занялись вопросами борьбы с ранней детской смертностью.

В 1918 г. Н. Ф. был избран по конкурсу в состав врачебного коллектива б. Воспитательного дома и вместе с другими известными педиатрами того времени (проф. Доброхотовой, Райц и др.) работает с присущей ему настойчивостью и целеустремленностью по реорганизации Воспитательного дома в Дом охраны младенца, позже преобразованный в Государственный центральный научно-исследовательский институт ОММ Наркомздрава СССР.

В институте Н. Ф., начав свою деятельность с должности старшего врача, организует и заведует в разное время физиологическим отделением, отделением для недоношенных детей, туберкулезным отделением, детской консультацией, являясь одновременно ученым секретарем, а впоследствии и членом правления института.

Этому учреждению Н. Ф. отдает всю свою энергию, время, все свои знания.

Одновременно с большой организационной деятельностью Н. Ф. все годы занимается подготовкой кадров.

С 1919 по 1929 г. он состоял преподавателем на курсах сестер-воспитательниц (ныне Центральный медицинский техникум), а также участвовал в течение ряда лет в педагогической работе института по повышению квалификации врачей-педиатров.

В настоящее время Н. Ф. ведет преподавание в Центральном институте усовершенствования врачей Наркомздрава СССР, кроме того, заведует отделением новорожденных в акушерской клинике института и является научным руководителем детской консультации института.

Поставив перед собой задачу организации ухода за новорожденными, Н. Ф. сплотил вокруг себя всех врачей-педиатров родильных домов Москвы. В качестве председателя секции новорожденных при Обществе детских врачей Николай Федорович провел огромную работу

в этой области и добился значительных успехов по поднятию качества работы отделений новорожденных в родильных домах.

Н. Ф. с исключительной любовью и вниманием передает свои знания молодым врачам, обучая их подлинно человеческому отношению к матери, ребенку и семье. Приемы Н. Ф. в детской консультации являются школой, в которой врачи заимствуют умение глубоко и вдумчиво обследовать ребенка и опрашивать мать. Н. Ф. — простой и доступный старший товарищ, он пользуется большой любовью и уважением всего коллектива детской консультации института, которой еще в 1925 г. было присвоено имя Николая Федоровича Альтгаузена.

Большое количество работ Н. Ф. по вопросам организации детской консультации и борьбы с заболеваемостью и смертностью является ценным руководством для всех работников охраны материнства и младенчества.

Его популярные книги, брошюры и статьи, доходчивые и простые, известны широким массам населения.

Пожелаем уважаемому юбиляру здоровья, бодрости и плодотворной деятельности на благо нашей счастливой советской детворе.

РАБОТА ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО БОРЬБЕ С ДЕТСКИМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В 1940 г.

В. П. Плоская

Управление детских лечебно-профилактических учреждений Наркомздрава СССР

Организация мероприятий по борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями и результаты, полученные в 1939 г., показали, что причинами неудовлетворительных итогов по отдельным республикам и областям (Таджикская ССР, Ивановская, Свердловская области и др.) были позднее развертывание основных мероприятий, неудовлетворительная подготовленность сети лечебно-профилактических учреждений, сезонность проводимых мероприятий, отсутствие комплексной работы всего аппарата здравоохранения в целом и недостаточное внимание к этому столь важному делу со стороны отдельных руководителей здравоохранения на местах.

Для обеспечения своевременного развертывания мероприятий по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями Наркомздрав СССР в декабре 1939 г. директивным письмом предложил республиканским наркомздравам разработать к 1.1.1940 исчерпывающий план мероприятий, охватывающий работу всех разделов здравоохранения не только в весенне-летний период, но, что особенно важно, на протяжении всего года, ибо борьба с желудочно-кишечными заболеваниями не должна носить сезонного характера.

В феврале 1940 г. Наркомздрав СССР специальным приказом № 62 обязал народных комиссаров здравоохранения союзных республик проводить все мероприятия под их личным руководством и ответственностью и установить систематический контроль за выполнением плана мероприятий по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями, утвержденного совнаркомом союзных республик.

Некоторые наркомздравы союзных республик (Туркменская, Азербайджанская ССР и др.), однако, подошли к составлению плана формально, без учета заболеваемости за 1939 г. как по республике в целом,

так и по отдельным областям: некоторые пункты планов были недостаточно конкретны, в планах не были указаны сроки выполнения и не нашла отражения работа в течение всего года; в Туркменской ССР не предусмотрены были дневные стационары при детских консультациях.

Планы республиканских наркомздравов были доведены до областей (РСФСР, БССР, Казахская, Узбекская, Киргизская ССР и др.), а областные планы в большинстве случаев были утверждены в облисполкомах. Однако не все области представили свои планы: например, по РСФСР не представили планов Кировская, Мурманская, Читинская области, Красноярский край, Якутская, Татарская и Коми автономные республики. Архангельская область представила свой план только в июле, а Вологодская — в августе.

В первом квартале 1940 г. на местах проходила подготовка медицинских работников. Так, в большинстве областей и районов были проведены областные и межрайонные конференции врачей (РСФСР, БССР, Узбекская, Казахская, Киргизская, Грузинская, Армянская ССР). В проведении областных конференций принимали участие работники управлений лечебно-профилактической помощи детям наркомздравов союзных республик (РСФСР, Узбекская, Казахская ССР и др.).

В большинстве республик, АССР, краев и областей были организованы декадни для врачей, а также 3—5—10-дневные семинары для среднего медицинского персонала, с отрывом и без отрыва от производства.

В подготовке кадров принимали активное участие областные научно-исследовательские институты ОММ и институты ОЗДиП. Однако помощь некоторых из них (Институт ОММ им. Крупской в Азербайджанской ССР, Медицинский институт в Армянской ССР и др.) ограничилась чтением лекций и обследованием детских лечебно-профилактических учреждений. Плановой работы, закрепления отдельных районов за институтом и за каждым научным работником с возложением на них ответственности за состояние детской заболеваемости, анализа детской заболеваемости и причин детской смертности в неблагополучных районах эти институты не провели.

Институты не оказали также действенной помощи здравоохранению по выявлению неблагополучных районов и улучшению работы в детских лечебно-профилактических учреждениях.

Отдельные органы здравоохранения (Сталинабад, Фрунзе, Мурманск, Чебоксары, Улан-Удэ и др.) не уделили достаточно внимания проверке готовности детских учреждений к борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями, а также санитарному состоянию последних. Перестройка работы городских детских консультаций по принципу участкового обслуживания детей была проведена только в отдельных городах (Фрунзе, Алма-Ата, Уральск, Рязань, Ташкент и др.). В некоторых детских консультациях не был организован отдельный прием больных и здоровых детей (Ашхабад, Сталинабад, Серед Ивановской области, Мурманск, Чебоксары Чувашской АССР, города Татарской АССР и др.).

Для обеспечения профилактического приема детей до 1 года и правильного их медицинского обслуживания необходимо было на весенне-летний период ввести в консультации дополнительные врачебные приемы. Однако в УССР вместо 980 врачебных приемов, предусмотренных планом, выполнено 227; в Азербайджанской ССР вместо 31 по плану — 23; в Таджикской ССР вместо 9 по плану — 3. Наоборот, другие республики подошли к выполнению этого пункта плана с полным сознанием своей ответственности и перевыполнили его: так, в БССР вместо 67 по плану выполнено 78, в Казахской ССР вместо 80—85,5.

По отдельным областям, АССР и краям РСФСР (Ленинградская, Калининская, Свердловская области, Чечено-Ингушская АССР, Орджони-

кидзевский край и др.) план дополнительных врачебных приемов был также перевыполнен. В неблагополучные по заболеваемости районы Челябинской области было направлено 16 врачей-педиатров; в Грузинскую ССР—34 врача; в Уральске в детских консультациях введено 4 дополнительных врачебных приема. На сельских врачебных участках и фельдшерско-акушерских пунктах во многих областях были установлены дополнительно утренние часы для приема больных детей.

Несмотря на большую работу, проделанную отдельными органами здравоохранения для обеспечения детских учреждений кадрами врачей, в ряде городов (Мурманск, Ашхабад и др.) ощущался острый недостаток во врачах, особенно в летний период (июль), когда количество детских заболеваний возросло. Это произошло вследствие отсутствия руководства со стороны местных органов здравоохранения, не проявивших должного внимания к правильной расстановке врачей-педиатров и не привлекавших к работе по борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями врачей-терапевтов.

Недопустимое отношение проявили к борьбе с детской заболеваемостью отдельные работники здравоохранения БССР: заведующий райздравотделом Минска, заведующие Витебским областным и городским здравотделами, а также заведующий горздравом г. Борисова находились в июле в отпуску. В Ашхабаде некоторым педиатрам также были предоставлены отпуска в летний период.

Обследованием детских консультаций городов Москвы, Еревана, Фрунзе, Магнитогорска, Мурманска, Архангельска, Полтавы, Баку, Ногинска и др. выявлено, что в первой половине 1940 г. патронажная работа и инструктаж матерей, как правило, во многих консультациях почти не проводились: например, в Баку, в консультации № 6 на 2 368 детей до 1 года за два квартала 1940 г. сделано всего 218 профилактических патронажных посещений; в Сталинабаде на рабочий день патронажной сестры приходилось всего 4—5 посещений. Консультации не знали о числе новорожденных, подлежащих их обслуживанию; связь с родильными домами и женскими консультациями за небольшим исключением не была организована, Слабая патронажная работа сказывалась на посещаемости консультаций здоровыми детьми до 1 года. Так, в Ленинграде за первый квартал 1940 г. впервые обратились в консультацию № 24 на первом месяце жизни 47% детей, а в консультацию № 7—77%; в Ростове н/Д. (консультация № 2) — 55%, в Смоленске (консультация № 2)—52% детей.

Обращаемость здоровых детей в консультации отдельных городов была ничтожной, доходя до 5% (Ашхабад). Участковые врачи не руководили работой прикрепленных к ним патронажных сестер, и заведующие горздравотделами недооценивали этого важнейшего участка работы в борьбе с детской заболеваемостью.

В последний квартал 1940 г. профилактическое обслуживание детей было значительно усилено в ряде городов (Уральск, Москва, Ленинград, Горький, Рязань, Витебск и др.); было увеличено количество патронажных сестер. Так, в Рязани в 1939 г. было 6 патронажных сестер, в 1940 г. — стало 35; во Фрунзе в 1939 г. было 3 патронажных сестры, в 1940 г. — 14; в Москве в 1939 г. было 400 патронажных сестер, в 1940 г. насчитывается около 800; в Ленинградской области к патронажной работе было привлечено 300 акушерок; 143 патронажных сестры работают в селах Житомирской области; в Челябинской области для детских учреждений (детские консультации, ясли) дополнительно выделено 340 патронажных сестер; в УССР организовано 190 сестринских пунктов на селе; налажен патронаж детей во многих районах Узбекской ССР и т. д.

Весьма существенным моментом является борьба за снижение первичных посещений лихорадящими детьми консультаций и оказание по-

мощи больным детям на дому. Эта работа поставлена в городских консультациях крайне неудовлетворительно: большое количество первичных лихорадящих детей принимают детские консультации в Полтаве, Сталинабаде, Вологде, Ашхабаде и др. В Вологде и Ашхабаде помощь больным детям на дому отсутствует; в Мурманске наблюдаются отказы в приеме больных детей.

Истории развития детей ведутся в целом ряде консультаций небрежно, они не отражают данных динамики развития ребенка, веса, перенесенных заболеваний, прививок, патронажных посещений и результатов их.

В работе яслей также отмечается целый ряд недочетов: отсутствие надлежащего наблюдения за ослабленными детьми, отсутствие учета дистрофиков, а также детей, часто и длительно болеющих или перенесших в прошлом желудочно-кишечные заболевания. Неудовлетворительно поставлено питание детей. Были отмечены случаи антисанитарного состояния яслей. Плохо была поставлена воспитательная работа в Сталинабаде, Фрунзе, Ташкенте, Уральске, Челябинске, Ворошиловграде и т. д.

В то же время в других городах для борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями в яслях был проведен целый ряд мероприятий: иммунизация детей против дизентерии и повторное фагирование в очагах заболеваний; организация круглосуточных групп для детей, переболевших дизентерией, с неустойчивым стулом, а также для детей-бациллоносителей (Москва, Ленинград, Киев и др.); большое количество детей было вывезено на дачи (Грузинская ССР, БССР, УССР, г. Фрунзе и др.); были организованы пункты сцеживания грудного молока (Фрунзе, Иваново, Горький и др.); во многих яслях Московской области непрерывно работали школы матерей, регулярно проводились методические конференции ясельных работников для улучшения обслуживания детей.

Проверка молочных кухонь показала, что некоторые органы здравоохранения не придавали большого значения работе последних в деле борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями у детей. В ряде городов молочные кухни расположены в помещениях, не отвечающих санитарным требованиям, вследствие чего поточность технологического процесса грубо нарушается; прием молока, стерилизация бутылок и приготовление смесей производились в одном помещении.

Были случаи неправильного использования помещений молочных кухонь: в Чебоксарах, Чувашской АССР, в специально выстроенном помещении молочной кухни 2 комнаты заняты под квартиру врача, а молочная кухня в Молотовабаде была закрыта и передана под квартиру зубного врача. Такие же факты имели место в районах Азербайджанской республики (Нахичеванская АССР).

Исследованию продукции молочных кухонь на микрофлору, а также обследованию работников на бациллоносительство не уделялось достаточного внимания.

В других областях и городах была проведена значительная работа по улучшению санитарного состояния молочных кухонь: в Николаевской, Днепропетровской, Минской, Гомельской областях были организованы передвижные бактериологические лаборатории для исследования продукции молочных кухонь на микрофлору. Установлено систематическое наблюдение за санитарным состоянием молочных кухонь. Большинство молочных кухонь отремонтировано и переведено в новые помещения.

В борьбе с детской заболеваемостью огромное значение, как известно, имеет правильное питание. Помимо широкой пропаганды грудного вскармливания среди матерей, было развернуто 1 105 пунктов для сцеживания грудного молока. Особо следует отметить РСФСР, где вместо 240 пунктов по плану было развернуто 518, и УССР — вместо 300 организовано 439 пунктов. Однако в Туркменской, Грузинской, Армянской

и других республиках это мероприятие не получило достаточного развития. В Ашхабаде в родильных домах не собирали грудного молока в связи с тем, что врачи детских клиник и консультаций не применяли его в диететике больных детей.

В целях увеличения охвата детей питанием из молочных кухонь в республиках были организованы раздаточные пункты, но число их отставало от пунктов для сцеживания грудного молока. Раздаточные пункты открывались в ряде мест в недопустимых санитарных условиях, что свидетельствует о недооценке значимости этого крайне важного мероприятия в борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями.

Для госпитализации больных на 1.XI.1940 по Союзу было развернуто 56 077 коек в существующих больницах вместо 30 313 по плану. В это число отдельные республики (РСФСР, БССР, Азербайджанская и Таджикская ССР) включили и койки временных стационаров. Несмотря на перевыполнение по Союзу в целом плана развертывания коек, в ряде республик, краев и областей (Киргизская, Таджикская ССР, Марийская АССР, Вологодская, Воронежская, Мурманская области, Алтайский край и др.) госпитализация детей, больных токсической диспепсией, была проведена даже в зимнее время 1939/40 г. только лишь на 20—30%, дизентерией — на 40—50%, хотя в этот период была полная возможность госпитализировать всех больных.

Госпитализация детей в весенние месяцы была также недостаточна. Отдельные республики, например, Армянская ССР, пытались объяснить это тем, что «зарегистрированные случаи болезни имели легкое течение и не нуждались в госпитализации». Такое объяснение совершенно несостоятельно, ибо госпитализация детей, больных дизентерией, во избежание распространения инфекции должна проводиться на протяжении всего года, так как борьба с очагами заболевания в зимнее время имеет колоссальное значение для предупреждения подъема дизентерии в летний период.

По Саратову токсическая диспепсия была госпитализирована за первые 6 месяцев 1940 г. в 33,7%, по г. Иванову госпитализация детей с желудочно-кишечными заболеваниями в июле 1940 г. была осуществлена лишь на 32,5%. В Сталинской области, несмотря на высокую заболеваемость, госпитализация была крайне низка. К этому надо еще добавить и позднее развертывание коек для госпитализации детей, больных токсической диспепсией и дизентерией, а также позднее поступление больных детей в стационары.

Тем не менее в г. Иванове, например, стационар для токсической диспепсии, рассчитанный на 30 коек, несмотря на большую потребность в них, в июне был заполнен всего на 50%; пустовали также места и во временных дизентерийных стационарах. То же самое можно отметить и в ряде других городов (Баку, Чарджоу, Ташауз, Шумерли и др.).

Плохо обстояло дело с госпитализацией больных токсической диспепсией и дизентерией в Грузии. Еще в апреле 1940 г. дети, больные дизентерией, были госпитализированы в Грузии всего на 23,3%, а токсической диспепсией — лишь на 17,5%.

Низкий процент госпитализации отмечен в Азербайджанской и Таджикской ССР.

В УССР развертывание коек шло также с большим запозданием. В апреле больные токсической диспепсией госпитализировались на 31%, а дизентерийные больные — на 78,7%.

Надо отметить, что процент госпитализации дизентерийных больных за 9 месяцев 1940 г. по сравнению с 1939 г. дает значительно лучшие показатели почти по всем республикам, однако он все же недостаточно высок и не покрывает потребности.

В деле предупреждения перехода острой диспепсии в токсическую большую роль играет организация дневных стационаров при детских

консультациях, в которых на летний период было открыто 4 662 койки против 3 108 по плану.

Хорошо осуществлена организация дневных стационаров в 1940 г. в Челябинской, Свердловской и других областях.

В Уральске через 2 стационара прошло 362 ребенка с желудочно-кишечными заболеваниями, а когда потребность в госпитализации детей с этими заболеваниями уменьшилась, то дневные стационары Уральска были использованы для госпитализации детей с гипотрофией и пневмонией.

Широкое проведение санитарно-просветительной работы среди населения является очень важным фактором в деле внедрения правильных навыков по уходу и вскармливанию детей. В этом отношении на местах была проделана большая работа в виде бесед, лекций, использованы кино и радио; в печати освещались вопросы борьбы с детскими желудочно-кишечными заболеваниями и вопросы ухода за детьми; организованы выпуск и рассылка на места листовок, плакатов, лозунгов, брошюр и т. д.

Хорошо прошло развертывание школ матери в Казахской ССР, где за весенне-летний период было открыто 80 школ, проведено 7 570 бесед. В Узбекской ССР было открыто 38 школ, проведено 3 180 бесед. В Москве в течение 9 месяцев 1940 г. работали 232 школы, и т. д.

Учет заболеваемости и сигнализация, способствующие выявлению очагов и своевременному проведению соответствующих мер профилактики, проводились в недостаточной мере. В Геокчайском районе Азербайджанской ССР, например, эпидемиолог даже не был знаком с мероприятиями по борьбе с очагами болезни, неблагоприятные по желудочно-кишечным заболеваниям участки им не были выявлены. То же положение было в Витебской, Винницкой и других областях.

В отдельных республиках и областях была проведена большая работа по выявлению и обработке очагов заболеваний: в БССР 11 районов были взяты под непосредственное наблюдение специально организованных 105 отрядов; такая же работа была проведена в Грузинской ССР в 4 неблагоприятных районах (Чакви, Кабулети и др.).

Выполнение плана прививок против дизентерии во многих местах тормозилось из-за несвоевременного (июль—август) снабжения вакциной.

Большое влияние на распространение желудочно-кишечных заболеваний оказывает неудовлетворительное санитарное состояние отдельных городов и районов. Наряду с ними следует отметить Уральск, где в 1940 г. были проведены очистка и озеленение; благодаря своевременно проведенным мероприятиям там добились значительного снижения желудочно-кишечных заболеваний.

В результате всей проведенной в 1940 г. работы по борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями в отдельных союзных республиках и областях (Казахская ССР, Калмыцкая АССР, Иркутская, Курская области и др.) достигнуты определенные успехи.

Это свидетельствует о том, что борьба с желудочно-кишечными заболеваниями у детей является вполне осуществимым делом и зависит всецело от руководства со стороны органов здравоохранения на местах и мобилизации общественного актива.

При подведении итогов работы на 1940 г. приходится констатировать повторение отдельными органами здравоохранения ошибок 1939 г., несмотря на то, что в целом по Союзу ССР мероприятия по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями в 1940 г. были развернуты значительно шире и проведены лучше, чем в 1939 г.

В 1940 г. по линии организации мероприятий в деле борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями имеются определенные сдвиги, но, чтобы окончательно покончить с повышением заболеваемости в летний период, нужно добиться максимального снижения ее на протяжении всего года.

ДИАГНОСТИКА ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ

Проф. С. О. Дулицкий (Москва)

Ранняя диагностика дизентерии имеет основное значение в борьбе против распространения эпидемии. Особенно большое значение имеет ранняя диагностика для детских коллективов, в которых близкий и постоянный контакт детей способствует быстрому распространению инфекции.

Многочисленные работы показали, что наибольшая высеваемость дизентерийных палочек получается при бактериологическом исследовании испражнений в первые дни заболевания. Следовательно, изоляция больного в первые дни болезни дает наибольшую эффективность в эпидемиологическом отношении.

Помимо того, раннее распознавание дизентерии дает возможность своевременного применения специфической терапии — сыворотки, бактериофага и интестифага, которые, как показали работы нашей и других клиник, дают терапевтический эффект при применении их в первые 2—3 дня болезни. Летальность дизентерии в значительной степени зависит от дня поступления ребенка в больницу. По данным нашей клиники за 1940 г., летальность больных дизентерией, поступивших в первые 5 дней болезни, составляла 10%, поступивших после 5-го дня — 27%. Вместе с тем при неправильной диагностике дизентерии госпитализация больного в дизентерийном отделении подвергает его опасности заражения дизентерией.

Ввиду этого правильной и ранней диагностике должно быть уделено наибольшее внимание в работе поликлинических учреждений.

Клиника дизентерии в детском возрасте дает большое разнообразие форм, в зависимости от тяжести и течения болезни.

По классификации, предложенной комиссией по борьбе с острыми желудочно-кишечными заболеваниями при Всесоюзном обществе детских врачей, различают следующие формы: а) по тяжести: легкие, средней тяжести и тяжелые; б) по течению: острые, подострые и затяжные.

В практической работе в эту схему можно уложить все случаи дизентерии.

При распределении материала нашей клиники — 930 детей, больных дизентерией, — по этой классификации мы получили следующие данные (табл. 1).

Таблица 1

1939—1940 гг.	Число детей	Легкие формы	Средней тяжести	Тяжелые
Осенне-зимний период	412	71,8%	17,8%	10,4%
Летний период	518	58,5%	19,5%	22,0%

При более углубленном анализе картины болезни для научной разработки материала целесообразно выделять и другие формы болезни. При классификации по тяжести из числа легких форм следует выделять формы стертые, которые характеризуются слабой выраженностью как местных явлений, так и общей реакции организма (температура, стул, явления токсикоза).

Из тяжелых форм желательнее выделять формы гипертоксические, при которых на первый план выступают явления резкого токсикоза. Эти случаи кончаются обычно летально в первые 2—3 дня болезни.

По течению следует выделять сравнительно редко наблюдаемые abortивные формы, которые начинаются обычно остро и, независимо от тяжести заболевания, заканчиваются в течение нескольких дней выздоровлением.

Диагностика типичных форм дизентерии не представляет затруднений.

Наиболее типична клиническая картина дизентерии средней тяжести с острым началом и циклическим течением.

При этой форме болезнь начинается остро повышенной температурой и поносом, который с самого начала болезни имеет либо диспептический характер, либо уже в первый день отличается частотой и примесью слизи. В ближайшие дни количество слизи увеличивается, появляется кровь в виде прожилок, смешанных со слизью; стул теряет каловый характер, появляются тенезмы и зияние заднего прохода. Число дефекаций увеличивается, доходя до 20—30 в сутки, и сопровождается болями в животе. Нередко, особенно у ослабленных детей, происходит выпадение слизистой оболочки заднего прохода или прямой кишки. Живот вначале вздут, затем вваливается; у маленьких детей живот часто остается вздутым в течение всей болезни. При ощупывании живота отмечается болезненность в области толстых кишок, особенно сигмовидной, при перкуссии почти всегда получается притупление в левой подвздошной области, иногда с обеих сторон, вследствие спастического сокращения толстых кишок.

Помимо симптомов поражения толстых кишок, для дизентерии средней тяжести характерны явления общего токсикоза, которые можно констатировать уже с самого начала болезни. Вначале отмечается беспокойство, плохой сон, затем наступает состояние адинамии и нарушение аппетита, сознание в большинстве случаев сохранено. Одновременно поражается и сердечно-сосудистая система. Уже в первой стадии болезни можно отметить глухоту тонов сердца, а с 4—5-го дня — мягкий легко сдавливаемый пульс и падение кровяного давления. Нарушение водного обмена обнаруживается в падении веса и нерезком эксикозе.

При циклическом течении болезни первый период — нарастания симптомов — продолжается 4—6 дней. Затем наступает второй период — разгар болезни: общее состояние продолжает оставаться тяжелым, вес падает, явления со стороны сердечно-сосудистой системы нарастают, нередко появляются аритмия и шум на верхушке сердца, границы его расширяются. Стул частый со слизью и кровью, с примесью гноя. Примесь гноя в испражнениях — один из характерных симптомов дизентерии во втором периоде.

Третий период — реконвалесценция — характеризуется улучшением всех явлений: в испражнениях появляются каловые массы, все реже отмечается примесь крови, уменьшаются тенезмы. Улучшается и общее состояние, ребенок как бы оживает, лучше реагирует на окружающее, появляется аппетит, вес начинает нарастать.

Общая продолжительность среднетяжелых форм дизентерии — около 3 недель, при подостром течении — 4—5 недель.

Легкие формы дизентерии характеризуются почти полным отсутствием общего токсикоза, хотя местные явления (стул со слизью и кровью) могут быть выражены достаточно отчетливо. Примесь крови в испражнениях в легких случаях дизентерии непостоянна, наблюдается обычно на 3—5-й день, иногда позже; часто прожилки крови можно отметить лишь 1—2 раза в сутки при внимательном осмотре каждой порции испражнений.

Тяжелые формы дизентерии, которые обычно называют токсическими, характеризуются резким появлением общего токсикоза: температура повышается до 39—40°, часто наблюдается рвота, нередко также судороги в начале заболевания. В дальнейшем ребенок впадает в со-

стояние тяжелой апатии, отказывается от еды. Резко выражены явления со стороны сердечно-сосудистой системы — бледность, цианоз, глухие тоны сердца, падение кровяного давления. Явления эксикоза быстро нарастают, вес падает. Стул частый — до 40 раз в сутки, в нем много слизи и крови; наблюдаются частые болезненные тенезмы. Со стороны почек имеются явления нефрозо-нефрита.

При тяжелых формах часто встречаются различные осложнения — пневмония, отит, пиелит.

Формы затяжные наблюдаются обычно у детей, которые до заболевания дизентерией были дистрофиками. Затяжное течение принимают чаще тяжелые формы дизентерии или случаи средней тяжести. Однако и легкие по началу формы могут принять затяжное течение у больных, которые получают нерациональную, однообразную углеводистую и авитаминозную диету. При затяжном течении временами отмечаются обострения, которые совпадают с какими-либо осложнениями, как пневмонии, стоматиты, пиело-нефриты. Очень характерны для этой формы отеки, возникающие в конце 2-й или в начале 3-й недели.

Затруднения в диагностике дизентерии встречаются при атипичном течении болезни, когда местные явления слабо выражены. Такие формы наблюдаются часто у детей раннего возраста, особенно у дистрофиков, а также в старшем возрасте у детей, ослабленных предшествующими заболеваниями.

Особенно актуальное значение имеет диагностика дизентерии у маленьких детей, так как они составляют главную массу среди детей, болеющих дизентерией. Так, например, по московским данным, заболеваемость дизентерией у детей до 2 лет составляла в 1939 г. 66,9%, а в 1940 г. — 70,5% из числа всех заболевших дизентерией в детском возрасте.

У детей раннего возраста дизентерия часто протекает атипично и отличается своеобразием всех симптомов. Температура непостоянная, вначале почти всегда повышена, держится 3—5 дней. Кишечные явления выражены нерезко. Заболевание часто начинается диспептическим стулом. Слизь появляется на 2—4-й день; характерна слизь, не смешанная с каловыми массами. Кровь в испражнениях часто отсутствует, либо появляется на 4—5-й день в виде едва заметных прожилок или розовой слизи, да и то не в каждой порции испражнений. Каловые массы имеются почти все время, так как явления спазма кишок выражены нерезко. Гной в испражнениях наблюдается значительно реже и появляется только в тяжелых случаях. Частота стула небольшая; встречаются тяжелые случаи с летальным исходом, где стул был всего 5—6 раз в сутки.

Типичные тенезмы отмечаются сравнительно редко, примерно в одной трети случаев. Вместо ясных тенезмов при внимательном наблюдении за ребенком можно отметить плач при дефекации, беспокойство, покраснение лица. Анус податлив, при более резких местных явлениях задний проход зияет. При ощупывании живота в левой подвздошной области часто прощупываются утолщенные толстые кишки. Здесь же притупление и болезненность при пальпации.

На первый план у маленьких детей выступают явления общего токсикоза. В тяжелых случаях явления токсикоза, зависящие от всасывания дизентерийного токсина, мало чем отличаются от описанных у детей старшего возраста. Все же признаки поражения центральной нервной системы выражены более резко: у грудных детей чаще наблюдаются судороги и рвота, симулирующие менингит. Особенностью этой формы у детей грудного возраста является склонность к развитию токсикоза парэнтерального характера. Нередко к сравнительно нетяжело протекающей вначале дизентерии на 5—6-й день болезни присоединяются явления тяжелого эксикоза и токсикоза, которые симулируют картину

токсической диспепсии. Сходство с токсической диспепсией увеличивается, если местные явления со стороны толстых кишок слабо выражены. Такую же картину парэнтерального токсикоза приходится нередко наблюдать в конце 2-й или на 3-й неделе, если к дизентерии присоединяются какие-либо осложнения, которые служат этиопатогенетическим фактором, вызывающим нарушение обмена и парэнтеральный токсикоз.

В старшем возрасте, реже в младшем, наблюдаются так называемые гипертоксические формы дизентерии. Они характеризуются острым началом, быстро возникающей общей прострацией. Рефлексы отсутствуют, конечности холодные. Часто при этом наблюдается рвота в виде кофейной гущи, что является плохим прогностическим признаком. Частота гипертоксических форм у детей составляет от 1,5 до 3% в зависимости от сезона; зимой они наблюдаются реже, чем летом.

Сходство токсических проявлений при тяжелых формах дизентерии и токсической диспепсии, а также недостаточная выраженность местных проявлений при дизентерии приводят часто к диагностическим ошибкам, когда в случаях дизентерии ставится диагноз токсической диспепсии. Для правильной диагностики атипичных форм необходимо тщательное наблюдение за характером стула, благодаря чему можно часто отметить слизь и прожилки крови, появляющиеся в отдельных порциях испражнений.

Большое значение имеет тщательно собранный анамнез. Наличие в семье или в квартире больных дизентерией позволяет с большей уверенностью ставить диагноз дизентерии. В дифференциально-диагностическом отношении имеет значение, наряду со всей клинической картиной, характер эксикоза, который в начале дизентерии редко бывает так сильно выражен, как при токсической диспепсии, и не соответствует тяжести токсикоза.

Явления безбелкового отека, которые развиваются нередко в более поздней стадии болезни, позволяют с уверенностью считать данное заболевание дизентерией.

Некоторые авторы отмечают появление в первые 2 недели дизентерии сыпи на лице, туловище и конечностях в виде петехий или папул величиной от булавочной головки до чечевицы, яркокрасного или малинового цвета. Сигалов, изучавший их частоту, считает эти сыпи специфическими для дизентерии и отмечает, что они чаще наблюдаются в тяжелых случаях, притом исключительно в жаркое время года.

Таблица 2. Результаты бактериологических исследований испражнений при дизентерии

Больницы	Число детей	Положительный результат		В том числе бактерий		
		абс.	%	Шига	Гисс-Флекснера	Зонне
Образцовая детская	817	232	28,3	10	219	3
Русаковская детская	353	141	40,0	11	79	—
Филатовская детская	435	110	25,3	2	70	10
Детская им. Дзержинского .	1 007	222	22,0	35	160	5
Детская клиника I ММИ . .	153	63	41,3	31	32	—
Всего . . .	2 765	768	27,7	89 (11,6%)	560 (73,0%)	18 (2,3%)

Вспомогательными методами диагностики дизентерии являются лабораторные исследования.

Бактериологические исследования испражнений дают различные результаты в зависимости от ряда условий: раннего исследования и тщательности методики, при которой особенно большое значение имеет производство посева у постели больного. При повторных исследованиях процент положительных результатов увеличивается. В зависимости от соблюдения указанных условий процент положительных результатов, по данным различных авторов, колеблется от 15 до 80.

По данным московских больниц и клиник, полученным на большом стационарном материале, положительный результат получен в среднем в 27,7% (от 22 до 41,3%).

Из табл. 2 видно, что диагностическая ценность бактериологических исследований ограничена. Интересно отметить, что в детской больнице им. Филатова при массовом исследовании у всех больных процент положительных результатов равнялся 25,3. При более углубленной работе, проведенной в нашей клинике, положительный результат был получен в стационаре в 71,2%, а в консультации в 31,2% случаев. Бактериологические исследования дают возможность определить характер эпидемии. Так, например, из приведенных данных видно, что основными возбудителями дизентерии в Москве в 1940 г. были бактерии Гисс-Флекснера.

Серологические исследования крови на агглютинацию дают положительный результат в большем проценте случаев, чем бактериологические, как это видно из табл. 3.

Таблица 3. Результаты серологических исследований крови при дизентерии

Больницы	Число больных детей	Положительный результат	
		абс.	%
Образцовая детская	143	117	82
Русаковская детская	178	103	58
Детская им. Дзержинского	60	25	41
Детская клиника I МИИ	300	255	85
Всего	681	500	73

В среднем, по данным московских больниц, положительный результат получен в 73% всех случаев, с колебаниями от 41 до 85%. Однако диагностическая ценность этой реакции уменьшается вследствие того, что реакция агглютинации получается чаще положительной на 2—3-й неделе болезни; поэтому она не может быть использована для ранней диагностики дизентерии. В то же время наблюдаются случаи положительной серологической реакции у детей, которые не болели дизентерией. Доказательным следует считать нарастание титра при повторном исследовании. Некоторые авторы отмечают, что у детей, перенесших дизентерию, серологическая реакция остается положительной в течение длительного времени — до 6 месяцев, что дает возможность ка-тамнестического диагноза.

Из лабораторных методов диагностики дизентерии очень ценным является копрологическое исследование, т. е. микроскопическое исследование комков слизи из испражнений. Наблюдения, проведенные в нашей клинике, показали, что почти во всех случаях дизентерии мы видим под микроскопом значительное количество лейкоцитов и эритроцитов. Этот метод дает возможность провести дифференциальную диагно-

стику между дизентерией и токсической диспепсией уже в первые дни болезни, когда испражнения дизентерийного больного макроскопически еще не имеют характерного вида. Особенно показательны данные, полученные нами в атипичных случаях тяжелой дизентерии, при которых клинически первоначально ставился диагноз токсической диспепсии, копрологическое же исследование давало картину дизентерии, подтверждавшуюся в дальнейшем бактериологически и серологически, а иногда и на секции. Необходимо лишь иметь в виду, что и при диспепсии в испражнениях иногда обнаруживаются лейкоциты, но лишь в небольшом количестве. Наличие же большого количества лейкоцитов, особенно лейкоцитов вместе с эритроцитами, всегда говорит за дизентерию.

Большой интерес представляет внутрикожная реакция при дизентерии, которая была проведена Гиндесом и Белоглазовым. Авторы применяли аутолизат дизентерийных палочек Шига и Флекснера внутрикожно по 0,1 см³. В положительных случаях через 24 часа получалось покраснение и инфильтрат на месте инъекции размером от 0,5 до 2 см. Совпадение данных внутрикожной реакции и бактериологического исследования было получено в 67—80%. Метод этот заслуживает внимания и дальнейшего изучения.

В дифференциально-диагностическом отношении необходимо иметь в виду, наряду с токсической диспепсией у маленьких детей, возможность некоторых других заболеваний, имеющих клиническое сходство с дизентерией. Сюда относятся, во-первых, вторичные колиты при некоторых инфекционных заболеваниях — малярии, гриппе, кори, а также колиты аллергического характера у детей с экссудативным диатезом.

Малярийные колиты характеризуются слизистым или слизисто-кровянистым поносом. Они наблюдаются при различных формах малярии, но резко всего выражены при тропической малярии. Отличительной особенностью их являются температура, характерная для малярии, отсутствие явлений токсикоза и резкое улучшение под влиянием специфического лечения малярии. Малярийные колиты наблюдаются обычно в весенне-летний и осенний периоды.

Вторичные колиты при гриппе и кори характерны тем, что они развиваются во время или после инфекционного заболевания. Начало обычно не острое. Явления общего токсикоза, характерные для дизентерии, отсутствуют.

В районах, где имеется эпидемия дизентерии, диагноз вторичного колита необходимо ставить с известной осторожностью, так как не исключена возможность одновременной дизентерийной инфекции. В сомнительных случаях необходимо повторно производить бактериологическое исследование испражнений.

Особое значение имеет дифференциальная диагностика между дизентерией и инвагинацией кишок у маленьких детей. Такие случаи диагностических ошибок мы наблюдали неоднократно, особенно в летнее время при наличии эпидемии дизентерии. Ошибки обуславливаются тем, что инвагинация, так же как тяжелая дизентерия, начинается остро и сопровождается рвотой и слизисто-кровянистыми или кровянистыми выделениями. При такой картине болезни, когда внимание врача сосредоточено на заболеваниях дизентерией, нередко ставится диагноз дизентерии и назначается касторка, которая еще больше усиливает инвагинацию. Дифференциальная диагностика между инвагинацией кишок и дизентерией не представляет затруднений, если помнить о возможности инвагинации. Инвагинация кишок отличается от дизентерии тем, что всегда начинается с нормальной температуры, чего почти никогда не бывает при остро возникающей тяжелой дизентерии. Во-вторых, при ощупывании живота почти всегда можно обнаружить инвагинат в виде колбасовидной опухоли. В-третьих, исследование пальцем через прямую кишку дает обычно ощущение инвагинации нижнего

отрезка сигмовидной кишки в прямую. В сомнительных случаях следует поставить клизму, после которой обычно выделяется гной и алая кровь, чего не бывает в первые дни заболевания дизентерией.

Важность своевременной диагностики инвагинации станет понятной, если учесть, что, по нашим данным, рациональное оперативное вмешательство в первые 2 дня заболевания дает 100% выздоровления, на 3-й день исход сомнителен, после 4—5-го дня почти всегда получается летальный исход.

Из других диагностических ошибок, которые менее часто обнаруживались в нашей клинике, следует отметить пищевые отравления у детей более старшего возраста, которые направлялись с диагнозом дизентерии. Были отдельные случаи ошибок, когда направлялись в клинику с диагнозом пищевого отравления дети, у которых при дальнейшем наблюдении оказывалась дизентерия.

Наконец, были 2 случая с диагнозом дизентерии, в одном из которых оказалась болезнь Верльгофа, а в другом — полип прямой кишки.

Анализируя материал, прошедший через нашу клинику в течение 1939/40 г., можно прийти к выводу, что диагноз дизентерии даже в атипичных случаях можно поставить безошибочно, если тщательно учесть все клинические проявления болезни, эпидемиологические данные, а также данные лабораторных исследований. Все же в условиях поликлинической работы наблюдаются такие атипичные формы заболевания, когда в начальной стадии диагноз дизентерии остается сомнительным. Поэтому необходимо при дизентерийных стационарах выделять специальные изолированные отделения с боксами, куда можно было бы направлять детей с подозрением на дизентерию. Это дало бы возможность врачу, который сомневается в диагнозе, возможно раньше госпитализировать больного, что имеет большое эпидемиологическое значение.

О ЗАТЯЖНОЙ, ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

Проф. И. В. Цимблер (Москва)

Из Московского областного института оздоровления раннего детства

Наряду с острым и подострым течением дизентерии у детей раннего возраста приходится наблюдать большую группу затяжных дизентерий, отличающихся периодическими обострениями кишечных явлений, а иногда представляющих собой настоящие рецидивы развернутого синдрома колита. В большинстве предложенных классификаций дизентерии у детей выделяется группа затяжных, хронических форм (Гайнисс, Дорре и Мартен, Розенберг, Данилевич, Доброхотова). Описания же этой формы дизентерии у детей грудного и раннего возраста, развернутой клиники и характеристики течения ее мы у названных авторов не встречаем.

Доброхотова связывает частоту хронических форм дизентерии с особенностью эпидемии; она же указывает, что течение хронической дизентерии может носить разный характер, что иногда дизентерия протекает без выраженных клинических явлений, подчас же проявляется периодическими обострениями со всеми инициальными симптомами острого заболевания. По данным Доброхотовой, в основном приходится наблюдать две формы течения хронической дизентерии: с выраженной дистрофией и без нее. Более детальное описание этой формы под названием ациклического колита дает Штейнберг. Отвергая название «затяжная и хроническая форма дизентерии», он описывает эту форму под другим назва-

нием, в виде двух вариантов ациклически протекающего колита: дизергического и иммуно-аллергического. Под названием «дизергический колит» он понимает вялую форму колита, характеризующуюся глубоким нарушением трофики и понижением иммунитета у ребенка. Дети, больные этой формой колита, отличаются резкой недоупитанностью, часто отечны, у них отмечается большое число осложнений, болезнь нередко дает летальный исход. Наряду с дизергическим колитом Штейнберг описывает еще другой, доброкачественный вариант ациклического, затяжного и рецидивирующего колита, который не сопровождается нарушением общего состояния. Эта форма иммуно-аллергического колита наблюдается у детей с хорошим питанием. Этим названием Штейнберг подчеркивает, что у этих детей рецидивирующий и затяжной характер колита не связан с понижением иммунитета, а, наоборот, что он вызван при наличии хорошего иммунитета повышенной чувствительностью, повышенной реактивностью кишечника конституционального характера или же нерациональной диетой, наконец, обостряющим влиянием интеркуррентных заболеваний. Таким образом, Штейнберг дает под этим неоправданным в эпидемиологическом смысле названием по существу более детальное, чем мы имели до сих пор, описание клиники затяжной, хронической дизентерии. Одновременно с этим он выдвигает интересную и во многом правильную трактовку генеза этой практически важной формы дизентерийного заболевания у ребенка раннего возраста.

Известно, что многими оспаривается существование хронической дизентерии как нозологической единицы, причем такой затянувшийся или рецидивирующий колит рассматривается как последствие или осложнение острой дизентерии. Значительный процент высеваемости у больных этой формой детей (Гартох, Новгородская, Соловьева) и большое эпидемиологическое значение этой группы больных требуют, однако, чтобы мы отказались от таких названий, как «ациклический колит», «дизергический колит», так как они разоружают нас с точки зрения эпидемиологии этого заболевания. Так называемая «зимняя цепочка» составляется прежде всего за счет подобных затяжных, хронических форм, которые служат источником вспышек и заболеваний острой дизентерией среди контактировавших с этой группой больных детей и взрослых. Большая часть больных хронической дизентерией детей поступает в осенне-зимнее время в клиники и больницы с диагнозом дистрофии. Однако среди дистрофиков разной этиологии эти дети обращают на себя внимание своеобразным синдромом, выражающимся в комбинации резкой недоупитанности с явными отеками или признаками скрытого отека, предотечного состояния, признаками выраженного или латентного гиповитаминоза и явлениями колита. Кишечные симптомы не всегда обращают на себя внимание, они отличаются полиморфизмом и неустойчивостью; характер стула в подавляющем большинстве случаев весьма изменчив как при непосредственном наблюдении в клинике, так и по данным анамнеза. Заметное улучшение явлений колита и появление даже оформленного стула чередуются с новым ухудшением и развитием выраженного колита и гемоколита. При такой лабильности кишечных явлений, характерной для всей этой большой группы детей, часто, однако, наблюдаются более заметные интервалы и светлые промежутки, которые растягиваются иногда на многие недели и даже месяцы и прерываются иногда под влиянием сопутствующей, обостряющей инфекции или какой-нибудь другой вредности, которую не всегда удается уловить и выявить. Заболевание протекает как бы волнообразно с периодами обострения и покоя.

В этих случаях в периодах между обострениями и рецидивами обращает на себя внимание только выраженная дистрофия; стул носит неустойчивый характер, иногда в нем отмечается только примесь слизи, но он может быть и нормальным. У таких истощенных детей с явными или скрытыми отеками при мало выраженных явлениях колита посмертно на

секции «неожиданно» обнаруживается язвенное или катарральное поражение кишечника. Обращает на себя внимание весьма малое количество случаев с тенезмами, зиянием ануса и всей развернутой картины натужного поноса.

У огромного большинства детей с затяжной дизентерией приходится констатировать крайнюю степень недоупитанности, сопровождаемой примерно в $\frac{1}{3}$ всех случаев (по материалу клиники Московского областного института оздоровления раннего детства) явными отеками, у остальных больных — скрытыми отеками, предотечным состоянием, выражающимся в резко ускоренном рассасывании волдырика при реакции Мак Клюр-Олдрича (так называемый «кваделцейт»). Выраженная дизергия у этих детей оказывается в большом числе осложнений, обуславливающих большую летальность. Из них пневмония и антрит, особенно же их сочетание, стоят на первом месте.

Среди детей с затяжной дизентерией приходится иногда наблюдать клинические проявления гиповитаминоза А с характерной ксерофтальмией, реже гиповитаминоза В₂ (Р. Р.) с пелагроподобными дерматитами, чаще же гиповитаминоза С, проявляющегося в виде ангиодистрофических изменений, мелких кровоизлияний, петехий. Специально поставленными исследованиями удается выявить у детей с затяжной дизентерией резкое обеднение организма этим витамином, даже при отсутствии клинических проявлений гиповитаминоза. Наши наблюдения над детьми с затяжной дизентерией позволяют выделить среди них отдельные клинические формы и дать предварительную группировку этих больных, которая более детально ориентирует нас как в отношении распознавания, так и в оценке тяжести заболевания.

1. Прежде всего удается выделить относительно небольшую группу детей, у которых картина затянувшегося заболевания по существу мало отличается от того, что мы имеем при тяжелой острой дизентерии, так как налицо выраженный гемоколит, токсикоз и те или другие парэнтеральные осложнения. Выраженный гемоколит у этих детей иногда держится с самого начала заболевания, или же он чередуется со светлыми промежутками, или, наконец, появляется в порядке позднего рецидива. Токсикоз носит нарастающий, прогрессирующий характер, иногда он развивается позже, а также может развиваться вместе с поздним рецидивом — токсический рецидив после 3-й, 4-й, 5-й и даже 6-й недели от начала заболевания. Эта количественно небольшая группа детей с выраженным гемоколитом и токсической картиной заболевания отличается особенно тяжелым течением и дает большую летальность.

2. Более значительная группа охватывает случаи затяжного течения болезни, часто с волнообразной картиной обострений и ремиссий кишечных явлений без ясно выраженного токсикоза. В периоде обострения мы наблюдаем картину гемоколита, в промежутках между обострениями стул обычно носит неустойчивый характер, причем часто в нем отмечается примесь слизи. Нередко, однако, имеются указания в анамнезе, что стул устанавливался на продолжительный срок, но ребенок все же не поправлялся, страдая анорексией, и оставался дистрофиком. В таких случаях каждое новое обострение или рецидив усугубляют и без того нарушенную трофику ребенка, ухудшая общее его состояние. То же самое наблюдается и в тех случаях, когда светлые промежутки с мало выраженными явлениями колита были непродолжительны. Хронический рецидивирующий колит протекает не всегда тяжело с выраженными общими нарушениями, с тяжелой дистрофией и парэнтеральными осложнениями.

Контингент детей с менее выраженным упадком питания и без описанных выше характерных нарушений трофики реже попадает в больницы и клиники. Эти дети нередко продолжают посещать ясли. Среди последней группы детей могут встретиться и больные амёбной формой дизентерии,

а равным образом с дизентерийноподобными колитами, вызванными простейшими. Не всегда при амёбной дизентерии приходится видеть характерный для нее стул со стекловидной прозрачной слизью, не смешанной с кровью, или со слизью, диффузно окрашенной кровью, напоминающей малиновое желе. Повидимому, амёбная дизентерия может по своей клинической картине и течению иногда напоминать затяжную бактериальную дизентерию. Хотя амёбная дизентерия в средней полосе СССР встречается и редко, но о ней, судя по материалу клиники Московского областного института, не следует забывать.

3. Наряду с описанными формами хронической дизентерии, сопровождающейся явно выраженными явлениями колита и гемоколита, приходится наблюдать картину заболевания, при которой кишечные явления явно отступают на задний план. У этих детей обращает на себя внимание описанная уже выше дистрофия с выраженными отеками или скрытым отечным состоянием и гиповитаминозом. В клинике эти дети часто фигурируют под рубрикой «дистрофии после дизентерии». Они могут поступить в клинику даже с нормальным стулом, но при тщательном дальнейшем наблюдении уже в ближайшие дни удается обнаружить у этих больных неустойчивый стул или примесь слизи. При выраженном и характерном для затяжной дизентерии описанном выше синдроме общих нарушений и мало выраженных явлениях колита или даже при нормальном стуле на вскрытии может быть установлен язвенный или катарральный колит. Как и в предыдущей группе с явно выраженными явлениями колита и гемоколита, так и в этой группе без выраженных кишечных явлений мы различаем тяжелые, средние и легкие случаи, в зависимости от степени общих нарушений.

Внимательное изучение всего бывшего в нашем распоряжении материала клиники Московского областного института оздоровления раннего детства за последние 3 года привело нас к следующим выводам:

1. Затяжное течение дизентерии не всегда находится в связи с тяжестью острого периода заболевания.

2. Затяжное течение в значительной степени связано с предварительной поврежденностью ребенка, вызванной неправильным вскармливанием, плохим уходом и перенесенными инфекциями.

3. Затяжное течение в меньшей степени также связано с неправильным лечением и питанием ребенка во время острого периода заболевания. Решающим фактором в развитии описанной выше картины тяжело протекающей формы затяжной дизентерии, с так называемым «безбелковым отеком», выраженным гиповитаминозом и осложнениями, все же остается нерациональное питание этих детей во время заболевания и неумение преодолеть все препятствия, затрудняющие переход на полноценное питание. Это подтверждается тем, что и при таких далеко зашедших формах тяжелой дистрофии с признаками затяжного колита удается значительную часть детей вывести из тяжелого состояния переводом на полноценную диету в условиях стационара и выписать в состоянии полного выздоровления или значительного улучшения.

Репарация может быть ускорена применением ферментов (соляная кислота с пепсином, панкреатин) и соответствующими стимулирующими средствами (гемотерапия, особенно трансфузия крови, ртутно-кварцевая лампа, инсулин). Профилактика затяжных форм, таким образом, сводится к правильному лечению и питанию ребенка с острой дизентерией, к своевременному поднятию иммунитета и сопротивляемости ребенка к инфекции и к быстрой стимуляции репаративных процессов. Этого удалось достигнуть прежде всего целесообразным и полноценным питанием, широким использованием свежего воздуха, правильно организованным уходом. Ранняя госпитализация больных острой дизентерией и фиксация особенного внимания к заболевшим детям, пострадавшим

еще ранее вследствие неправильного питания и перенесенных инфекций, к заболевшим дизентерией больным хроническими заболеваниями (туберкулез, хроническая пневмония, малярия) имеет огромное значение для профилактики затяжных форм.

Тяжесть заболевания и высокая летальность затяжной дизентерии, равно как и опасность больных для окружающих, делает необходимым госпитализировать эту большую группу детей. Необходимо обеспечить в постоянных больницах койки для этих больных и не свертывать их полностью на осенне-зимний период, оставляя в резерве 1—2 стационара для госпитализации названной категории детей и обеспечив их необходимыми средствами и оборудованием. Все ясельные дети, перенесшие острую дизентерию, должны находиться под пристальным вниманием ясельных врачей. Необходимо в осенне-зимние месяцы, особенно же в весение, предэпидемические, месяцы выделить в яслях и на участке среди детей, перенесших дизентерию, группу подозрительных на хроническую дизентерию, периодически обследуя их на бацилловыделение. При этом следует помнить об описанных выше стертых формах хронической дизентерии с мало выраженными явлениями колита, с так называемым неустойчивым стулом. Необходимо мобилизовать все имеющиеся в нашем распоряжении средства для борьбы с дистрофией у этих детей. Организация таких круглосуточных яслей санаторного типа и групп в яслях для бацилловыделителей, подозрительных на хроническую дизентерию, и является важнейшим звеном в профилактике летних детских поносов. Положительный опыт такой организации по Москве должен быть тщательно изучен и перенесен как можно скорее в широкую практику.

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ БАЦИЛЛЯРНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

М. И. Нейштадт (Москва)

Из Московского областного института оздоровления раннего детства

Проблема снижения заболеваемости дизентерией у маленьких детей неразрывно связана с другой существеннейшей задачей — проблемой снижения летальности, обусловленной главным образом тяжелыми, токсическими формами дизентерии, которая может достигать чрезвычайно высоких цифр.

Ребенок может погибнуть либо в первые 5—10 дней от начала заболевания вследствие дизентерийной интоксикации, либо в последующие дни, как это бывает в большинстве случаев, когда причиной смерти являются дистрофия и дизергия.

Дизентерия принадлежит к числу дистрофирующих инфекций. Это дистрофирующее влияние дизентерии сказывается обычно, начиная с 10 и более дней с начала болезни. Как правило, этот период сочетается с целым рядом гнойных процессов, осложняющих заболевание (отит, антрит, пиурия), а также с пневмонией, которая играет большую роль в повышении процента летальности от дизентерии. В последнее время открываются новые перспективы в борьбе с пневмониями, осложняющими дизентерию, благодаря применению сульфидина, сульфазола и белого стрептоцида, что, естественно, оказывает свое действие на снижение больничной летальности при дизентерии. Комбинация бурно развивающейся острой дистрофии с гнойными процессами создает обычно после 10-го дня с начала заболевания ту тяжелую, всем хорошо известную клиническую картину, которая часто кончается смертью ребенка. В ряде

случаев осложнения гнойного характера могут возникать очень рано — на 3—4-й день от начала заболевания; эти случаи тоже протекают очень тяжело, особенно если с самых первых дней болезни наступает резкая потеря веса ребенка. Особо следует отметить сердечно-сосудистую недостаточность, интенсивность которой соответствует тяжести заболевания и отличает тяжелые формы его от средних и легких. Сердечно-сосудистая недостаточность характеризуется не столько поражением центрального сердца, достигающим, правда, очень резких степеней, сколько недостаточностью сосудистой системы. В ряде случаев причиной смерти в тяжелых формах дизентерии может быть остро развившаяся сердечно-сосудистая недостаточность в первый период болезни (в первые 5—10 дней).

По ведущей симптоматике тяжелые формы дизентерии делятся на а) формы с преобладанием местных кишечных явлений, б) формы с преобладанием общих явлений и в) формы, в которых резко выражены как общие, так и местные явления.

Общими для большинства случаев этих подгрупп являются: проявления отчетливо выраженной интоксикации, часто с расстройством сознания, нервно-мозговыми явлениями и резко выраженной сердечно-сосудистой недостаточностью, бурно развивающаяся острая дистрофия.

Важно отметить, что при тяжелой форме дизентерии с резко выраженными общими и местными явлениями около 46% случаев (по нашему материалу) дают на секции, наряду со значительным поражением толстых кишок в виде резко выраженного катаррального либо фибринозно-язвенного процесса, также значительное поражение нижних отрезков тонкого кишечника; следовательно, в этих случаях речь идет об илеоколитах. Последние всегда характеризуются особой тяжестью течения; распознавание же их у постели больного не всегда возможно.

Детальное изучение анамнеза дизентерийных больных позволяет сделать заключение, что в огромном большинстве случаев у детей, больных тяжелыми формами дизентерии, имели место неправильное вскармливание, рахит, а также целый ряд ранее перенесенных инфекций. Вместе с тем наш материал не дает основания считать, что тяжесть течения процесса, в частности, тяжесть поражения кишечника, зависит всегда от наличия микроба Шига-Крузе. Мы точно так же, как и целый ряд других авторов, могли наблюдать тяжелые формы, окончившиеся летально, вызванные маловирулентной *in vitro* палочкой Флекснера; в то же самое время нам встречались неоднократно средние и легкие формы, вызванные палочкой Шига-Крузе. Конечно, этим самым ни в коей мере не умаляется роль вирулентности инфекции как таковой. Мы знаем тяжелые, гипертоксические формы, кончающиеся почти молниеносной смертью, у ранее не болевших ничем и правильно вскармливаемых детей. Но все же необходимо признать, что профилактика тяжелых форм дизентерии должна охватывать и общеоздоровительные меры, поднимающие иммунобиологический статус ребенка, пока он еще здоров.

Одним из важных моментов, предупреждающих тяжелое течение дизентерии, является правильное и своевременно проведенное лечение средних и легких форм болезни.

К легким формам обычно относятся случаи, протекающие без явлений общей интоксикации. Стул нечастый, содержит слизь, кровь, жидкие каловые массы. Тенезмы выражены нерезко, они могут даже отсутствовать. Начинается заболевание обычно невысокой температурой. Рвоты почти никогда не бывает. При правильном лечении этих форм, а главное, при рационально проводимой диетотерапии обычно никогда не развивается дистрофия. Больные хорошо прибывают в весе, часто еще при развернутом кишечном синдроме. Длительность течения дизентерии без общей интоксикации обычно не превышает 14 дней. Эти формы протекают почти всегда без осложнений и заканчиваются выздо-

ровлением. Но иногда встречаются обострения уже совсем почти затихших кишечных явлений.

Средние по тяжести формы дизентерии встречаются чаще всего в стационарах для маленьких детей. В этой форме болезни полностью развертывается клинический кишечный синдром дизентерии, и имеют место явления интоксикации, хотя последняя никогда не достигает той степени, которая характеризует тяжелую форму болезни. Со стороны кишечника наблюдается яркая местная реакция, которая проявляется в частом стуле, наличии большого количества слизи, перемешанной с калом, кровью, либо комками, наличии гноя и тенезмов. Иногда болезнь начинается с диарройного стула, характерного для острой диспепсии. Тенезмы не носят того мучительного характера, который сопровождает тяжелые формы дизентерии. Податливость ануса часто удается обнаружить даже у самых маленьких детей. В начале заболевания часто встречается врата, но она носит нестойкий характер.

Средние формы часто осложняются гнойными процессами (примерно в 32% случаев по нашему материалу). Превалирует отит, на втором месте пиурия, затем пневмония, реже мастоидит. Часто встречаются комбинации нескольких гнойных процессов. Интоксикация при средней форме обнаруживается вялостью, иногда потерей аппетита и главным образом сердечно-сосудистыми расстройствами. Последние наблюдаются закономерно и характеризуются преимущественно поражением сердца (начиная с 5—6-го дня болезни). Эти расстройства проявляются в нечистоте первого тона, иногда в легком систолическом шуме и аритмии. Они имеют преходящий характер, но длительность их больше, чем при легких формах дизентерии.

Средняя по тяжести форма дизентерии в отличие от легкой характеризуется большим количеством случаев, где период репарации затягивается, хотя при рациональном проведении диетогигиенического лечебного режима большинство детей со средними формами после нескольких дней незначительного падения веса или его стабилизации быстро начинают нарастать в весе при еще плохом стуле. Нормальный стул в среднем наступает на 23—24-й день после начала болезни. Возникающие осложнения гнойного характера, особенно их комбинация, свидетельствуют о падении иммунитета, о дизергии и, несомненно, влияют на длительность репарации. Особенность форм средней тяжести заключается также и в том, что, наряду с обострениями кишечных явлений по ходу заболевания, встречаются настоящие рецидивы болезни, протекающие иногда тяжелее, чем основное первоначальное страдание, нередко приводящие ребенка к гибели. Причина истинных рецидивов нам еще не ясна. Летальность средних по тяжести форм при правильном лечении составляет небольшой процент: по материалу нашей клиники за 1939 и 1940 гг.—3,3%, по материалу Г. Б. Брауде—3%.

Наряду с типичными формами, представленными выше, существуют так называемые атипичные формы дизентерии, правильное распознавание которых имеет огромное значение.

К атипичным следует отнести те формы дизентерии, которые дают смазанные, стертые явления колита либо гемоколита и заболевания, напоминающего токсическую или, что бывает реже, простую диспепсию. По материалу нашей клиники, дети в возрасте до 6 месяцев дают в 47,6% случаев атипичную картину болезни, в возрасте до 1 года — в 33% всех случаев, а в возрасте до 3 лет — около 20%. Мы различаем две атипичные формы: 1) с явлениями колита либо гемоколита, которые называем смазанными, стертыми формами, и 2) с диспептическими явлениями, которые называем диспептическими формами.

Смазанные или стертые формы характеризуются клинически 1) слабой выраженностью всего кишечного синдрома или же 2) выпадением

из известного нам дизентерийного синдрома отдельных компонентов его (как, например, присутствия крови, тенезмов, гноя и т. д.).

В самом деле, при внимательном наблюдении мы можем иногда уловить наличие всех компонентов дизентерийного кишечного синдрома, как слизь, кровь, гной и тенезмы, но все эти симптомы выражены до такой степени неясно и непостоянно, что их приходится буквально разыскивать. В иных случаях на всем протяжении болезни, за исключением слизи в жидковатом стуле, не удастся ничего обнаружить. Дальнейшие клинические наблюдения позволяют выявить в этих случаях сплошь и рядом затянувшийся период репарации, либо нарастающую дистрофию, что в совокупности с положительными бактериологическими и серологическими данными позволяет выявить истинную природу заболевания. Иногда вопрос решают данные эпидемиологического характера.

Обычно болезнь начинается жидким стулом, дня через 2—3, а иногда и позже присоединяется слизь и в ряде случаев еле заметные прожилки или точки крови. Период диаррейного стула может иногда затягиваться на долгое время; эта растянутая диспептическая фаза дизентерии может иногда продолжаться до 2 недель, и лишь в дальнейшем присоединяется слизь, иногда нерезко выраженные тенезмы, иногда прожилки крови. С другой стороны, не редки случаи, когда нерезко выраженные явления колита сменяются бурными диспептическими явлениями, свидетельствующими по большей части о функциональном нарушении со стороны тонкого кишечника. Обычно эти наслоения представляют весьма грозную картину, часто заканчивающуюся смертью ребенка.

Стертые формы дизентерии, подобно выраженным формам ее, могут давать легкое, среднее и тяжелое течение. Степень тяжести, однако, обуславливается отнюдь не кишечными, а общими явлениями. В случаях, дошедших до секции, удавалось, на нашем материале, находить изменения в толстых кишках, вплоть до язвенных поражений.

Диспептические атипичные формы дизентерии представляют огромный практический интерес и вместе с тем и большие затруднения для диагностики. Заболевание начинается всегда с явлений диспептического стула, который сохраняет свой характер в течение всего заболевания. Иногда на всем протяжении болезни не удается отметить слизи, чаще же всего при обильном количестве воды в стуле и жидких каловых массах имеется и небольшое количество слизи комочками. Заболевание начинается в тяжелых случаях почти всегда повышенной, иногда высокой температурой, жидким, водянистым стулом, часто рвотой. Через несколько дней, иногда и очень быстро дети впадают в токсическое состояние. В ряде случаев встречается отчетливо выраженный эксикоз. На всем протяжении болезни наблюдается жидкий, водянистый стул, с небольшой примесью слизи, в некоторых случаях брызжащий водянистый стул без слизи. Крови, гноя, тенезмов ни в одном из этих случаев обнаружить обычно не удастся. Живот чаще вздут, чем втянут. У некоторых детей за несколько дней до смерти температура падает ниже нормы. Голодная водно-чайная диета обычно не вызывает дезинтоксикации и снижения температуры. На секции в большинстве случаев имеют место патологоанатомические изменения в толстых кишках. Бактериологические и серологические данные часто подтверждают истинную природу заболевания.

Больные дети этой категории обычно поступают в стационар с диагнозом «токсическая диспепсия». Ни одна из форм дизентерии не нуждается в таком тщательном изучении, как описываемая нами диспептическая форма.

При построении терапии всех форм дизентерии прежде всего необходимо подчеркнуть важность ранней госпитализации дизентерийных

больных. Г. Б. Брауде¹ летом 1940 г. могла показать на материале стационара в Кунцеве, что дети, поступившие в стационар в 1-й день болезни, дают наиболее благоприятные показатели течения болезни. Так, у этих групп детей со средними по тяжести формами дизентерии, лечившихся интестифагом, кровь исчезала на 7-й день, нормальный стул наступал после 11½ дней. Общее состояние и кишечные явления улучшались на 2-й и 3-й день болезни в 70% случаев. У детей, поступивших на 2-й, 3-й, 4-й и 5-й дни болезни, кровь исчезала на 9-й, 10-й и 11-й день, нормальный стул появлялся соответственно на 15-й, 17-й и 18-й день. Общее состояние и кишечные явления улучшились на 2-й и 3-й день болезни лишь в 30% случаев.

Чем раньше ребенок поступает в стационар, тем скорее он выписывается выздоровевшим из стационара.

Наблюдения Г. Б. Брауде позволили сделать и другой чрезвычайно важный вывод, что летальность дизентерийных больных от тяжелых форм тоже зависит от ранней госпитализации. У детей с тяжелыми формами, поступивших на 2-й день болезни в стационар, летальность в 2 раза выше, а у поступивших на 3-й день и позже в 3 раза выше, чем у детей, поступивших в 1-й день болезни.

Органы здравоохранения и широкие массы медицинских работников должны сделать из этого соответствующие организационные выводы. На врачей консультаций, поликлиник, амбулаторий, яслей ложится важнейшая и ответственная задача правильного распознавания дизентерии и госпитализации в возможно ранние сроки, причем госпитализация больных детей в 1-й день болезни играет, как мы видели выше, исключительно важную роль.

Терапия дизентерии в основном проводится в двух направлениях:

1) борьбы с специфическим токсикозом и 2) борьбы с дистрофией и дизергией.

Из этих двух основных положений вытекают следующие задачи:

1) вывести из организма (кишечника) и уничтожить инфекционное начало; 2) связать дизентерийный токсин путем применения антитоксической сыворотки в тяжелых случаях дизентерии; 3) усилить резистентность организма путем правильного построения диетогигиенического режима и своевременного применения стимулирующей терапии; 4) провести специальные мероприятия по лечению осложняющих заболевание гнойных процессов.

Наряду с этим необходимо всегда заботиться о правильном проведении мероприятий по борьбе с резким обезвоживанием организма и сгущением крови в некоторых случаях, а также по борьбе с неспецифическим токсикозом. Последнее чаще всего относится к детям грудного возраста, и здесь с особой значимостью выявляется роль правильно проведенного голодного водно-чайного режима.

Выведение из организма инфекционного начала, как полагает Розенберг, достигается применением слабительных.

До последнего времени, однако, нет ясности в вопросе о необходимости назначения слабительных при дизентерии у детей. В то время как одни считают противопоказанным применение слабительных, в частности, касторового масла, вследствие опасности инвагинации или возможности усиления раздражения толстой кишки (Глухов), ряд других авторов (Штейнберг, Розенберг и др.) считает необходимым начинать лечение дизентерии касторовым маслом. Мы полагаем, что назначение касторового масла оправдано в тех случаях, где в анамнезе есть указание на грубые погрешности в диете перед заболеванием.

Лизирование инфекционного начала должно осуществляться применением специфической бактериофаготерапии. Имеющиеся в нашем рас-

¹ Клиника Московского областного института оздоровления раннего детства.

поражении данные позволяют думать, что лечение фагом может быть эффективным при применении его в самые ранние сроки болезни, причем дает наилучшие результаты госпитализация в 1-й день болезни и лечение фагом. Здесь же следует подчеркнуть, что интестифаг в лечении дизентерии у детей раннего возраста не имеет пока особых преимуществ перед простым дизентерийным бактериофагом.

В отношении серотерапии следует согласиться с замечанием Гартоха, что даже основные теоретические и методические вопросы серотерапии не нашли еще своего разрешения (преимущества моновалентной или поливалентной сыворотки, дозировка, методика применения и т. д.). Однако и сейчас уже накопилось достаточно фактов, позволяющих считать, что антидизентерийная сыворотка при условии применения ее в ранние сроки при тяжелых формах болезни может дать быстро наступающую дезинтоксикацию, улучшение кишечных явлений, иногда критическое падение температуры. В последнее время мы применяем сыворотку в комбинации с бактериофагом либо интестифагом. Вначале вводится сыворотка, часов через 5—6 вводится фаг. Мы применяем сыворотку при всех формах тяжелой дизентерии либо при формах средней тяжести, стоящих на грани с тяжелыми.

Повышение резистентности организма и стимуляция его иммунитета достигаются рациональной диетотерапией. В условиях угнетения ферментативной функции кишечника целесообразно введение ферментированных кислых смесей, в частности, кефира. Проводя в основном принцип полноценного вскармливания, следует помнить, что в дни острого периода после дачи фага и голодной водно-чайной диеты необходимо соблюдать некоторую осторожность в дозировке. При легких и средних формах у детей в возрасте от 1 года до 3 лет можно быть несколько смелее, назначая после голодной диеты кефир пополам с концентрированным рисовым отваром и 10% сахаром по 50—60,0 по 8—10 раз в день, постепенно увеличивая это количество и заменяя Б-кефир на В-кефир, вводя манную кашу на молоке, овощное пюре, кисели и сухари с 3—5-го дня болезни, витамины.

В тяжелых случаях приходится, наряду с этим, иногда прибегать и к стимулирующей терапии. Наиболее эффективной формой ее оказалась трансфузия крови, которую следует применять не на высоте токсикоза, а во второй фазе, фазе резкого ослабления, острой интоксикации и развития дистрофии и дизергии. В ряде случаев упорной анорексии при дизентерии, осложненной гнойным процессом и остро развивающейся дистрофией, а также при устойчивой рвоте удавалось достигнуть хороших результатов исключительно благодаря трансфузии, иногда повторной. С этой же целью можно применять гемотерапию, ультрафиолетовое облучение, инсулинотерапию.

Мы считаем также уместным проведение голодной водно-чайной диеты, в частности, у детей до 1 года и особенно первого полугодия жизни. При легкой и средней форме дизентерии у детей до 1 года достаточно 12-часовой водно-чайной диеты, в возрасте от 1 года до 3 лет — от 8 до 12 часов.

ИНТЕСТИФАГ В ТЕРАПИИ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Г. Б. Брауде (Москва)

Из Московского областного научно-исследовательского института оздоровления раннего детства (директор М. А. Виннер, зав. отд. М. И. Нейштадт)

Скромные результаты, полученные нами и другими авторами (Голломб, Сухарева, Пацхверова, Витлина и др.) при применении дизентерийного бактериофага в терапии дизентерии у детей раннего возраста, побудили нас в этом году испытать при этом заболевании действие интестифага.

Интестифаг представляет собой препарат, в состав которого, кроме дизентерийного бактериофага, входят бактериофаги различных условно патогенных видов, которые встречаются в микрофлоре при кишечных заболеваниях, в том числе и при дизентерии. Интестифаг впервые был предложен и применен с положительным результатом д'Эреллем у детей при острых диаррeйных заболеваниях. Широкого практического применения интестифаг до последних лет не получил, и только за последние 2—3 года появились единичные работы по этому вопросу.

Применяя вместо дизентерийного фага смесь из различных бактериофагов, мы стремились воздействовать не только на дизентерийную палочку, но и на сопутствующую ей условно патогенную флору, которая, возможно, поддерживает неустойчивый стул, играя определенную роль в течении дизентерийного процесса.

Мы считали вместе с тем правильным применять интестифаг в первые дни заболевания, ибо наш собственный опыт и литературные данные говорят за то, что эффективность бактериофаготерапии зависит от раннего срока ее применения. Мы провели свою работу на базе Кунцевской районной больницы (директор С. П. Половник), где в детском отделении (зав. М. С. Балакшина) на летнее время было развернуто 200 коек для дизентерийных больных.

Мы пользовались интестифагом, приготовленным в Мечниковском институте: в состав этого препарата, кроме дизентерийного фага, входили фаги: протейный, энтерококковый, стафилококковый, коли, бациллы Моргана и некоторые другие.

Методика применения интестифага была следующая: интестифаг давался натошак или не раньше чем через 4 часа после последнего приема пищи, вводился дробными дозами три раза в сутки, через 4 часа, в следующей дозировке: детям в возрасте до 6 месяцев — по 3,0 на прием, детям от 6 месяцев до 3 лет — по 5,0 на прием. Таким образом, мы стремились возможно раньше (в первые сутки поступления в больницу) ввести в организм ребенка все предполагаемое количество интестифага. Перед каждым приемом интестифага больным предварительно назначался содовый раствор 3—5‰ по 15—20,0. В период применения интестифага ребенок получал водно-чайную диету; первый прием пищи был не раньше чем через 2 часа после последнего приема интестифага. В дальнейшем пищевой режим ребенка строился таким образом, чтобы постепенно, но довольно быстро переводить детей на полноценную, разнообразную, соответствующим образом приготовленную пищу.

Мы наблюдали 506 больных дизентерией до 3-летнего возраста, поступивших в больницу в первые 5 дней болезни.

Из них в 1-й день болезни поступило 60 детей, на 2-й — 120 детей, на 3-й — 128 детей, на 4-й — 101 ребенок и на 5-й — 97 детей.

Большинство больных составляли дети самого раннего возраста — до 2 лет. Половина из них была в возрасте до 1 года и 86 в возрасте до 6 месяцев. 50 детей были в возрасте старше 2 лет.

По тяжести заболевания весь материал распределялся следующим образом: 31% случаев (157 детей, из них до 1 года 87 детей) составляли больные дизентерией в тяжелой форме; 52,8% (267 детей, из них до 1 года 130 детей) составляли больные дизентерией средней тяжести; наконец, 16,2% (82 ребенка, из них до 1 года 29 детей) имели дизентерию легкой формы.

В случаях дизентерии тяжелой формы интестифаг применялся в комбинации с рядом других специфических и неспецифических методов терапии (сыворотка, сульфидин, стрептоцид, гемотерапия, трансфузия крови и т. д.), и выделить отдельно из всех этих мероприятий действие интестифага представляется задачей чрезвычайно трудной.

Наиболее легко и полностью можно было проследить за эффективностью интестифага в случаях дизентерии средней тяжести, где он применялся как единственное средство специфической терапии. Эти 267 детей (больше половины наших случаев) и послужили основным материалом для наших наблюдений.

Для оценки эффективности действия интестифага мы учитывали влияние его на следующие явления в клинической картине: 1) быстрое улучшение общего состояния и кишечных явлений, а именно: падение температуры до нормы, уменьшение частоты стула, улучшение аппетита и самочувствия больного; 2) исчезновение крови в испражнениях; 3) появление нормального стула.

Первому признаку мы придавали очень большое значение, расценивая его как благоприятный прогностический признак, как начало сдвига в течении дизентерийного процесса в сторону улучшения.

У больных дизентерией средней тяжести, поступивших в стационар в 1-й день болезни (30 случаев), улучшение общего состояния и кишечных явлений в 40% случаев наступило на 2-й день лечения, в 30% — на 3-й день лечения, у остальных — к 5-му дню лечения. Только в одном случае мы наблюдали улучшение лишь на 9-й день болезни. В среднем в этой группе больных улучшение общего состояния и кишечных явлений наступило к 4-му дню болезни. У больных, поступивших на 2-й день болезни (63 ребенка), наблюдалось быстрое улучшение общего состояния и кишечных явлений (на 2-й день лечения) только в 4% случаев, на 3-й день лечения — в 26% и до 10-го дня болезни — у остальных. В данной группе детей улучшение в среднем наступало на 5-й день болезни. У детей, поступивших на 3-й, 4-й, 5-й день болезни, общее состояние и кишечные явления улучшились в среднем к 6-му, 8-му, 9-му дню болезни, а в 30—35% случаев — на 2-й и 3-й день лечения.

Таким образом, дети с дизентерией средней тяжести, поступившие в стационар в первые 5 дней болезни, имели в среднем улучшение общего состояния и кишечных явлений через 6,6 дня после начала болезни. Это соответствует тому сроку (5—9 дней болезни), который мы обычно имеем при благоприятно протекающей форме дизентерии средней тяжести. Среди этой группы больных резко выделяются дети, начавшие лечение в 1-й день болезни, у которых мы наблюдали укорочение этого срока почти вдвое (3,6 дня), а в 70% случаев быстрое улучшение наступило уже на 2—3-й день лечения.

Исчезновение крови в среднем для всей группы детей с дизентерией средней тяжести, поступивших в первые 5 дней заболевания, наблюдалось через 9,4 дня после начала болезни. У детей, начавших лечение в 1-й день болезни, улучшение наступало на 2 дня скорее этого среднего срока, т. е. на 7-й день.

В случаях благоприятно протекающей дизентерии средней тяжести нормальный стул обычно появляется на 3-й неделе болезни в среднем. На нашем материале у детей, у которых терапия была применена в первые 5 дней болезни, нормальный стул появлялся в среднем на 16-й день болезни, причем чем раньше начиналась терапия у этих детей, тем рань-

ше мы наблюдали появление нормального стула. У детей, поступивших в стационар в 1-й день болезни, нормальный стул отмечался в среднем через 11,6 дня после начала болезни (см. таблицу).

Влияние интестифага на клиническую картину болезни
(в зависимости от дня болезни)

На какой день болезни начато лечение	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	В сред- нем на 1—5-й день болезни
Отмеченные явления						
От начала болезни прошло в среднем						
Улучшение общего со- стояния и кишечных явлений	3,6 дня	5 дней	6,6 дня	8 дней	9 дней	6,6 дня
Исчезновение крови . .	7 "	8,6 "	10,1 "	11,5 "	10,2 "	9,4 "
Появление нормального стула	11,6 "	15,3 "	17,6 "	18,1 "	18 "	16 "

Как видно из приведенного материала, по трем основным элементам клинической картины мы наблюдали терапевтический эффект. главным образом в тех случаях, где наша терапия была применена в 1-й день болезни.

Следует отметить, что в группе детей, поступивших в стационар в 1-й день болезни, мы имели во всех случаях появление нормального стула не позже 18—20-го дня болезни, в группе детей, поступивших на 2—3-й день болезни, мы наблюдали часть случаев, где нормальный стул устанавливался к 4—5-й неделе, а среди детей, начавших лечение на 4—5-й день болезни, мы имели значительное количество детей с длительным периодом неустойчивого стула (4—5—6 недель).

Мы не могли отметить влияния интестифага на осложнения. На большом материале нашей клиники М. И. Нейштадт и О. М. Хмельницкая наблюдали при дизентерии средней тяжести осложнения в 32% случаев. На нашем материале из 267 случаев 80 (29,9%) было с осложнениями, причем количественно на первом месте стоят отиты (60%), на втором — пневмонии (36%), на третьем — пиурии (4%). При подведении итогов наших данных, естественно, встал вопрос о преимуществе того или иного препарата (дизентерийного бактериофага или интестифага) при лечении дизентерии у детей раннего возраста.

При оценке эффективности дизентерийного бактериофага на материале 1939 г. мы считали положительным результатом его действия появление нормального стула до 10-го дня болезни. У больных дизентерией средней тяжести, поступивших в первые 5 дней болезни, мы имели такие показатели: при лечении дизентерийным бактериофагом нормальный стул имел место в 50% случаев, при лечении интестифагом — в 18% случаев.

И только дети, получившие интестифаг в 1-й день болезни, имели нормальный стул до 10-го дня болезни в 50% случаев.

Появление нормального стула у детей, поступивших от 1-го до 5-го дня болезни, при применении дизентерийного бактериофага наблюдалось в среднем через 15,2 дня после начала болезни, при применении интестифага — на 16-й день болезни.

Появление нормального стула у детей, начавших лечение в 1-й день болезни, при применении дизентерийного бактериофага имело место че-

рез 9,2 дня, при применении интестифага — через 11,6 дня от начала болезни.

Из всего сказанного ясно, что на нашем материале мы не можем отметить преимущества интестифага в терапии дизентерии у детей раннего возраста.

Что касается дизентерии тяжелой формы, то, как мы уже отмечали выше, интестифаг применялся нами комбинированно с другими специфическими и неспецифическими методами терапии.

Из литературных данных и на основании собственного опыта мы могли убедиться, что в тяжелых формах дизентерии бактериофаготерапия не оказывает эффекта ни на явления токсикоза, ни на местные кишечные явления. На нашем материале в тяжелых формах дизентерии мы также не могли отметить полезного действия интестифага.

В случаях тяжелых форм, окончившихся выздоровлением, даже там, где наша терапия была применена в 1—2-й день болезни, мы отмечали улучшение кишечных явлений после 10-го дня и нормальный стул после 3 недель.

Вопрос, который особенно интересует при учете эффективности терапии, — это вопрос о влиянии на исход заболевания. В группе детей с дизентерией средней тяжести на 276 случаев было 8 случаев со смертным исходом; это составляет 3% летальности. Такой процент летальности имеет место при этой форме дизентерии при применении и других видов терапии.

При дизентерии тяжелых форм, за счет которых наблюдается в основном высокая летальность детей раннего возраста, мы не могли отметить влияния одного интестифага на исход заболевания. Но в нашем материале выявилась важная роль ранней терапии в снижении летальности тяжелых форм дизентерии.

Из 157 больных тяжелой формой дизентерии умерло 89 (56,6%). Среди детей, начавших лечение в 1-й день болезни, процент летальности был в два раза меньше (25%), чем у детей, поступивших в стационар на 2—3-й день болезни (55%), и в 3 раза меньше, чем у группы детей, начавшей стационарное лечение на 4—5-й день болезни (65%).

В части случаев тяжелых и токсических форм дизентерии при начинающихся осложнениях мы применяли сульфидин, белый стрептоцид и в дальнейшем широко развернули переливание крови. В результате из 30 случаев мы имели 9 случаев (30%) с летальным исходом, уменьшив, таким образом, летальность вдвое.

Определенный интерес представляет стерилизующее действие интестифага. В части случаев мы имели возможность тщательно проследить судьбу микробов дизентерийной группы при применении интестифага¹. Посевы делались до дачи интестифага и затем через 2—3—5 дней после лечения до конца пребывания ребенка на койке.

Из 130 детей до начала лечения дизентерийные микробы выявлены у 53. Тщательно были прослежены 48 случаев, из них с *B. dysenteriae* Hiss-Flexner — 35 случаев, с *B. dysenteriae* Shiga — 13 случаев.

На 5-й день от начала лечения исчезновение микробов в группе с *B. dysenteriae* Hiss-Flexner наблюдалось в 60% случаев, с *B. dysenteriae* Shiga — в 46% случаев.

После 10-го дня от начала лечения микробы в группах с *B. dysenteriae* Hiss-Flexner остались устойчивыми в 11% случаев, в группе с *B. dysenteriae* Shiga — в 30% случаев.

Таким образом, мы могли отметить несколько более стерилизующее действие в группе с *B. dysenteriae* Hiss-Flexner.

¹ Анализы производила М. М. Львова (зав. Кунцевской районной санитарно-бактериологической лабораторией).

В ы в о д ы

1. Применяя интестифаг при дизентерии у детей раннего возраста, мы получали терапевтический эффект в группе детей с дизентерией средней тяжести, леченных в 1-й день болезни.

2. Сравнивая данные, полученные при применении дизентерийного бактериофага и интестифага, мы не можем отметить преимущества последнего в терапии дизентерии у детей раннего возраста.

3. Наш материал еще раз подтверждает, что эффективность фаготерапии у детей раннего возраста зависит от раннего срока ее применения.

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОДИЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Ф. Г. Клебанов (Москва)

Борьба за здоровье и сохранение жизни детей является одной из основных задач органов и учреждений здравоохранения. Постановка вопроса именно об этой группе населения находит свое объяснение в высокой уязвимости, низкой сопротивляемости детского организма, обуславливающих нередко губительное влияние на ребенка даже сравнительно легких заболеваний. Общеизвестна в этом отношении роль желудочно-кишечных инфекций, вызывающих у ребенка тяжелейшие расстройства, борьба с которыми является трудной и далеко не во всех случаях эффективной.

Первым звеном в борьбе против эпидемий поносов бесспорно должна быть профилактика желудочно-кишечных заболеваний, которая является значительно более мощным фактором, чем терапевтические меры, ограждающим здоровье и жизнь ребенка.

Сезонность желудочно-кишечных заболеваний, известная простота и доступность всего профилактического комплекса, направленного на предупреждение последних, открывают перед медицинскими работниками возможность охраны ребенка от них.

В ряде приказов Наркомздрава СССР с исчерпывающей полнотой очерчены обязанности каждого звена в системе здравоохранения для реализации общей задачи профилактики и борьбы с детскими желудочно-кишечными инфекциями.

Важнейшим разделом работы медицинских работников является санитарно-просветительная работа среди населения, направленная на повышение гигиенических знаний.

От широкого распространения таких элементарных знаний, как борьба с мухами, грызунами, разъяснение тяжелых последствий, которые может за собой повлечь приготовление еды для ребенка немытыми руками и т. п., зависит чрезвычайно много, а потому разъяснительная работа должна проводиться каждым медицинским работником вне зависимости от его специальной квалификации.

Борьба с детскими желудочно-кишечными инфекциями должна вестись повсеместно — это необходимое условие ее эффективности. Конечно, в первую очередь и наиболее углубленной и продуманной должна быть организация работы в тех учреждениях, которые призваны обслуживать ранний детский возраст.

Одним из этих учреждений является родильный дом, родильное отделение больниц. Хотя заболеваемость желудочно-кишечными инфекциями в родовспомогательных учреждениях и невелика, тем не менее

и в них встречаются отдельные случаи этих заболеваний, которые служат источником распространения инфекции.

Поэтому в родильном учреждении должны быть постоянно и полностью обеспечены такие условия, которые исключали бы возможность желудочно-кишечного заболевания новорожденного. Это особенно относится к жарким периодам года, когда летние поносы достигают значительного развития. Одним из могущественных факторов профилактики желудочно-кишечных заболеваний является грудное вскармливание. В условиях нашей советской действительности огромная часть женщин рожает не дома, а в родильных учреждениях. Это создает максимально благоприятные предпосылки как для осуществления грудного вскармливания, так и для проведения среди матерей пропаганды его необходимости. Врачи и сестры родильных учреждений имеют широкую возможность и должны разъяснять женщинам огромные преимущества вскармливания грудным молоком и решающее его значение в предупреждении заболеваний детскими поносами.

Нужно также обучить каждую родильницу, особенно первородящую, правильной технике кормления, проинструктировать ее о значении соответствующей гигиенической подготовки рук и сосков перед каждым кормлением. Путем систематических бесед в послеродовой палате детский врач, акушерка, медицинская сестра должны рассказывать родильнице о недопустимости раннего отлучения ребенка от груди, особенно в летние жаркие месяцы, о вредности слишком раннего прикорма. Родильное учреждение должно также служить для каждой родильницы школой, в которой она усвоит правильный режим кормления ребенка и в дальнейшем не будет нарушать его нормального развития недокормом или, наоборот, перекормом.

Образцово должна быть поставлена в родильном учреждении и работа по сбору сцеженного грудного молока. Успешное проведение этого мероприятия в очень значительной степени зависит от умело проводимой среди родильниц разъяснительной работы. Следует разъяснить родильнице, что сцеживание оставшегося после кормления молока не только безвредно для нее, но и отвечает ее собственным интересам, стимулируя функцию грудной железы и предотвращая застойные явления в груди. Такой инструктаж приведет к тому, что детские палаты будут постоянно обеспечены сцеженным молоком, так как женщины после выписки из родильного учреждения охотно будут отдавать избыточное молоко на специальные пункты в детские консультации. В то же время обеспечение детской палаты, в особенности в летнее время, сцеженным молоком является существенным фактором борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями среди той группы новорожденных, которая по тем или иным причинам нуждается в докорме.

Естественно, что сцеженное грудное молоко требует специальной обработки (стерилизация, пастеризация) и хранения на льду.

Поскольку наиболее уязвимым периодом возникновения детских поносов является жаркое время года, родильные учреждения должны подготовиться к этому времени соответствующим образом. Это значит, что в каждом родильном учреждении должны быть проведены все мероприятия, устраняющие в первую очередь перегревание новорожденных, при котором заболеваемость поносами резко возрастает.

На жаркое время года детские палаты в родильных учреждениях надо оградить от непосредственного действия солнечных лучей. Самым целесообразным является перевод детских комнат в летние месяцы на теневую сторону здания. Если это по тем или иным причинам не представляется возможным, нужно преградить доступ солнечных лучей в палату путем устройства наружных навесов над окнами. С этой же целью можно покрывать стекла окон, обращенных к солнцу, густым слоем мела или завешивать их светлыми занавесками.

Большую роль в борьбе с летними поносами играет поддержание в детской палате определенной температуры, примерно до 22° . В комнатах, выделенных для пребывания недоношенных детей, температура может быть выше, но не больше 24° . Чрезмерно высокая температура воздуха в детских палатах может губительно сказаться на состоянии новорожденных, ввиду чего необходимо использовать все мероприятия, устраняющие перегревание.

Очень важным является обеспечение бесперебойной работы вентиляционных установок. В учреждениях, лишенных таких установок, необходимо очень тщательно следить и проверять, чтобы окна, форточки, фрамуги были в полном порядке. Окна следует держать открытыми в течение круглых суток, закрывая их только в самое жаркое время дня. Однако этого бывает недостаточно для должного снижения температуры детских палат. Приходится прибегать еще к дополнительным мероприятиям — развешиванию влажных простынь в детской комнате (с периодическим смачиванием по мере высыхания), расстановке в комнате льда в специальных тазах (при температуре в палате свыше 24°). Естественно, что в эти периоды особенно важна именно влажная уборка полов и, если возможно, то даже и периодическое их увлажнение. Там, где позволяют условия, очень желательно применение в детских палатах обычных комнатных переносных вентиляторов, устанавливаемых возле источников влаги (лед, влажная простыня).

Немалое значение имеет также систематически проводимая поливка усадьбы как в смысле местного снижения температуры, так и для поддержания должного санитарно-гигиенического состояния территории учреждения. Это в первую очередь относится к строгому наблюдению за состоянием уборных, выгребных ям, мусорных ящиков и т. д.

Совершенно исключительного внимания требует к себе борьба с мухами. В детских палатах все открывающиеся окна должны быть засечены, в помещениях должна быть развешена липкая бумага. Пользоваться в детских палатах другими сортами бумаги, предназначенными для борьбы с мухами, нельзя. Пищевые продукты должны быть полностью защищены от мух; это в первую очередь относится к сцеженному молоку.

Предупреждение летних поносов вносит и некоторые особенности в постановку ухода за новорожденными. На первое место выдвигается борьба с обезвоживанием организма, которое у новорожденных происходит весьма быстро. Для этой цели в детской палате необходимо иметь достаточный запас кипяченой воды, которую периодически между кормлениями дают новорожденным (по 10—30,0). Для хранения этой воды, так же как и сцеженного молока, следует иметь комнатный, хотя бы самого упрощенного типа ледник. Необходимо также обеспечить наличие достаточного количества ложечек или накладок, которые должны перед каждым употреблением стерилизоваться.

В целях борьбы с перегреванием следует изгнать из обихода детской палаты применяющиеся еще в некоторых учреждениях ватные подушки, а пеленание в жаркие часы дня производить без одеял. Осуществление всех этих мероприятий, тщательное наблюдение за состоянием детских палат и контроль за работой в них со стороны руководителей учреждений родовспоможения могут безусловно свести до минимума желудочно-кишечные заболевания новорожденных родильных учреждений.

Планомерно проводимая санитарно-просветительная работа и соответствующее обучение матерей в послеродовых палатах могут обеспечить правильный режим вскармливания новорожденных и в домашних условиях после выписки женщин из родильного учреждения. Своевременное оповещение родильным учреждением детской консультации о выписке новорожденного и его состоянии обеспечит должный и ранний

патронаж детской консультации, а следовательно, и раннее распознавание возможного заболевания.

Все изложенное в полной мере относится и к работе акушерки колхозного родильного дома и акушерского пункта. Правильно проводимая этими кадрами в условиях села просветительная и патронажная работа среди матерей может дать большие результаты в борьбе с летними поносами.

МЕСТО КОЛХОЗНЫХ РОДИЛЬНЫХ ДОМОВ В СИСТЕМЕ СЕЛЬСКОГО РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

М. Ф. Леви (Москва)

«Характерная особенность нашей революции состоит в том, что она дала народу не только свободу, но и материальные блага, но и возможность зажиточной и культурной жизни».

И. Сталин

Вопрос об организации родильной помощи сельскому населению не раз был предметом горячих споров лучших представителей земской медицины. Еще на II Пироговском съезде в 1896 г. В. В. Сутугин выступил с докладом «Об устройстве врачебной акушерской помощи сельскому населению». На III Пироговском съезде академик Г. Е. Рейн произнес речь «О русском народном акушерстве». Тот и другой высказались в том смысле, что нужно улучшить акушерскую помощь сельскому населению прежде всего путем подготовки повивальных бабок из крестьянок, которые «в совершенстве знали бы деревенский домашний обиход, не гнушались бы черной крестьянской работой, умели бы говорить с крестьянами их языком... словом были бы «своими людьми» у крестьян» (В. В. Сутугин). Г. Е. Рейн предложил подготовить такой низший женский акушерский персонал¹, который, будучи образован, хотя бы элементарно, был бы подготовлен вполне в духе современного акушерства, основанного на началах асептики и выжидательного способа ведения физиологических родов. Чтобы этот персонал сумел вытеснить постепенно повитух, нужно, чтобы он сам происходил из народной среды, т. е. из крестьянок.

VI Пироговский съезд, стремясь перейти из области одних пожеланий на практическую почву, постановил учредить постоянное бюро при клиническом повивальном институте в Петербурге (проф. Д. О. Отт) для изыскания способов улучшения повивального дела в России, в частности, в деревне. Проф. Д. О. Отт, возглавлявший это бюро, считал, что рациональная акушерская помощь должна находиться исключительно в руках врачей. «Весь же низший медицинский персонал, как-то фельдшера, акушерки и т. п., всецело должны быть им подчинены, являясь только помощниками и исполнителями предписаний и назначений врачей».

«Для того, чтобы и сельское население могло пользоваться рациональной акушерской помощью, необходимо, чтобы уезд был разбит на небольшие участки с радиусом не более 10—12 верст, и каждый участок имел бы своего врача, основательно знакомого с акушерством»...

Провозглашая такую постановку дела идеальной, Д. О. Отт считал ее, однако, неосуществимой в течение ближайших десятков лет. В качестве временной меры он предлагает ежегодно командировать в пови-

¹ Разрядка наша. Автор.

важные институты для обучения грамотных женщин с мест с целью подготовки из них в течение 8—9 месяцев сельских повивальных бабок.

Проекты подготовки сельских бабок из крестьянок были отвергнуты VII Пироговским съездом (1899) на том основании, что этот институт идет вразрез с основными идеалами земской медицинской организации. Далеко не всеми, однако, эта точка зрения разделялась: многие считали рациональным не откладывать дела организации акушерской помощи сельскому населению до того времени, когда «идеалы» земской медицинской организации превратятся из мечты в действительность. «Пройдут, может быть, десятилетия, — говорит Г. С. Болевский, — пока русский народ станет настолько богат и культурен, что в каждом селе будет жить врач-акушер или фельдшерица-акушерка».

Итоги организации акушерской помощи сельскому населению были подведены на IX Пироговском съезде (1904). По словам одного из основных докладчиков съезда В. К. Бокадорова, вопрос о сельском родовспоможении «...еще не разрешен и даже пути к его разрешению не совсем ясно намечены».

В условиях царской России и в рамках земской медицинской организации положение дела не только казалось, но и действительно было безвыходным. Либеральное земство не представляло себе иного решения вопроса о сельском родовспоможении, как путем насаждения врачебной стационарной родильной помощи в деревне, не соглашаясь ни на какие компромиссы в этом отношении, по принципу «все или ничего». Отсюда и требование об увеличении количества врачебных участков с радиусами не более 10—12 верст. Авторы этого предложения понимали его нереальность и полагали, что для осуществления его потребуются десятки лет. Более реальные политики, как Сутугин, Рейн, Отт и др., предлагали приблизить родильную помощь к сельскому населению путем подготовки акушерок из числа крестьянок. Но даже это скромное предложение встретило энергичные возражения, с одной стороны, как принципиально неприемлемое с точки зрения недопустимости доверить им проведение родов, с другой — как экономически будто бы непосильное земской организации.

Правильное решение вопроса о приближении коечной родильной помощи к сельскому населению, конечно, нельзя было решить механически — путем сокращения радиусов участка и увеличения сети врачебных родильных коек. В настоящее время в Союзе ССР имеется около 13 с половиной тысяч сельских врачебных участков и 64.000 родильных коек. Этой громадной сети, о которой даже и не мечталось деятелям земской медицины, все же недостаточно для охвата огромного количества родов на селе, в особенности если принять во внимание разбросанность и небольшую плотность населения во многих областях Советского Союза (Красноярский край, Якутская АССР и др.).

Для разрешения этой сложной проблемы нужно было искать иных путей, иных форм родовспоможения, которые, конечно, были не по плечу буржуазному обществу и земской медицине. Эпоха социалистического строительства, эпоха коллективизации открыла новые широкие возможности и условия для этого. Богатство и рост культурности крестьянских масс, вызвали новые потребности и создали необходимые предпосылки — материальные и социальные — для организации небольших родильных домов в самих колхозах. В то же время образовательный ценз и специальная подготовка советских акушерок позволили предоставить им право на самостоятельную работу в небольших сельских стационарах под контролем участкового врача.

Только благодаря самодеятельности колхозов и колхозников можно было в короткое время (примерно в 5 лет) создать мощную сеть, а именно около 8 000 колхозных родильных домов, имеющих свыше 25 000 родильных коек.

Удельный вес последних в общей системе стационарной сети родильных коек на селе весьма велик: на каждые 100 коек при больницах по СССР приходится в среднем 80 коек, а в УССР даже 173 койки в колхозных родильных домах. Отсюда понятно, какое значительное место занимают эти сельские стационары в удовлетворении колхозного населения коечной родильной помощью. Свыше 36% стационарных родовспоможений на селе проводятся в колхозных родильных домах. Эта форма стационарной помощи полностью себя оправдала и представляет собой единственно правильный путь в разрешении задачи полного охвата рожениц на селе стационарной помощью. Вместе с тем, однако, выявился и ряд моментов, показывающих, что возможности для организации колхозных родильных домов далеко не одинаковы в отдельных областях нашей страны.

Для устройства и развития колхозных родильных домов необходимы следующие предпосылки.

1. Достаточная мощность колхозов, определяющая их способность создать материальную базу для обеспечения учреждения всем необходимым. С этой точки зрения в наиболее благоприятных условиях находятся республики, области и края, имеющие крупные колхозы. Так, в УССР свыше 80% колхозов объединяют от 61 до 500 дворов. Наиболее мощные из них в состоянии содержать своими силами колхозный родильный дом, иногда даже не один, а два или три (что наблюдается в некоторых сельсоветах, в состав которых входят несколько колхозов). Менее мощные из них могут объединяться в числе от 2—3 до 5—6, чтобы общими силами содержать один «межколхозный» родильный дом. В РСФСР число колхозов этой группы составляет около 40%. Вот чем объясняется, что в РСФСР один колхозный родильный дом часто обслуживает 10—15 и более колхозов. С точки зрения принципиальной обслуживания такого «куста» колхозов не встречает возражений, но создает все-таки известные трудности в период организации учреждения, а также при его эксплуатации вследствие сложности в собирании средств на его содержание, в особенности продуктов питания и топлива. Многочисленность и разбросанность колхозов затрудняет также активный патронаж акушерки на дому у беременных, своевременное прибытие роженицы в родильный дом и т. д., в связи с чем и процент родовспоможений на дому, оказанных акушеркой в порядке разъездной помощи, выше, чем это желательно.

В Таджикской ССР около 75% колхозов принадлежат к числу мелких, охватывая до 60 дворов. Естественно, что эта особенность является серьезным препятствием для развития колхозных родильных домов в этой республике.

2. Численность населения в колхозах тоже играет большую роль. Типовой колхозный родильный дом, кстати сказать, наиболее распространенный, имеет 3 родильных койки, способных обслужить 3 тысячи жителей. Родильные дома на 2 койки не оправдывают себя с экономической стороны, так как родильный дом на 2 койки и на 3—4 койки одинаково требует одной штатной единицы акушерки. Поэтому области, имеющие по преимуществу мелкие колхозы, как, например, в БССР, могут объединиться для содержания одного родильного дома лишь в том случае, если общее число жителей в них равно не менее 2 тысячам человек.

3. Географические условия дислокации колхозов определяют на практике возможность объединения нескольких колхозов вокруг одного родильного дома. В республиках, где небольшие, хотя бы и богатые, колхозы находятся на далеком расстоянии друг от друга, как это имеет, например, место в Таджикской ССР, такое объединение часто невозможно, а устройство родильного дома для каждого колхоза в отдельности невыгодно.

4. Наличие помещения, пригодного для устройства в нем колхозного родильного дома. Как известно, Наркомздрав Союза ССР предъявляет в этом отношении определенные требования, далеко не всегда осуществимые в приспособленных, хотя и хороших зданиях, которые по преимуществу предоставляются для этой цели правлениями колхозов. Специальное строительство колхозных родильных домов находится пока еще в зачаточном состоянии. В этом имеется значительная доля вины Наркомздрава и Наркомзема Союза ССР, которые до сих пор не снабдили места проектами типового родильного дома для колхозов, несмотря на спрос на них. Существует немало примеров, где колхозы идут охотно на затраты для постройки родильного дома в тех случаях, когда в их распоряжении нет подходящего помещения. Так, даже в далекой Якутии, в Мегино-Кангаласском районе в 1-м Нахарском переселении, колхозники построили, по инициативе акушерки К. П. Калинкиной, собственный родильный дом, затратив на это немало труда и средств. За один день 8 марта 1939 г. колхозники вырубили и вывезли из леса строительный материал в количестве 800 бревен и весной приступили к строительству. Не имея ни плана, ни технического руководства, они соорудили к 24 октября прекрасный дом на 5 комнат с консультацией, не считая подсобных помещений и комнаты для акушерки. Насколько была бы им облегчена работа, если бы они имели в своем распоряжении хотя бы простой план родильного дома.

Помещение определяет не только санитарно-гигиенические условия существования колхозного родильного дома, но и число коек в нем, которое поэтому часто бывает случайным, в большинстве случаев превышая действительную потребность в них.

При анализе деятельности колхозных родильных домов в большинстве отчетов и конъюнктурных обзоров отмечается недостаточное использование ими коечного фонда как в смысле оборачиваемости койки, так и в смысле среднегодовой занятости последней. В этом отношении колхозные родильные дома отставали и продолжают отставать даже от сельских врачебных родильных стационаров, которые, как известно, используются недостаточно, давая в среднем по СССР 27—28 оборотов в год против 35 по плану и 189 койко-дней занятости против 300 по плану.

Учитывая особые условия работы колхозных родильных домов, Наркомздрав Союза ССР снизил плановые показатели оборачиваемости и среднегодовой занятости койки колхозного родильного дома соответственно до 20 оборотов и 180 койко-дней.

Мы полагаем, что к оценке деятельности колхозного родильного дома вообще нельзя подходить так, как мы подходим к бюджетным стационарам в городе и на селе, т. е. с точки зрения использования койки по признакам среднегодовой оборачиваемости и занятости ее. Колхозные родильные дома в противоположность сельским родильным учреждениям обслуживают только свои колхозы, т. е. строго ограниченный круг населения, а следовательно, и рожениц. Количество коек во многих колхозных родильных домах, как мы уже говорили, превышает потребность в них. Естественно, что такие родильные дома никогда не выполняют плановых показателей оборачиваемости и занятости. В колхозных родильных домах нередко бывают простои коек по целому ряду причин, что, естественно, влияет на их деятельность и снижает средний показатель использования родильной койки по всей сети.

К числу основных причин полного или частичного бездействия колхозных родильных домов можно отнести следующие:

1. Неудовлетворительное снабжение родильных домов топливом, вследствие чего они закрываются на холодное время года, иногда на 5—6 месяцев. Естественно, что вновь приучать колхозниц к использованию родильного дома, который был несколько месяцев под замком,

трудно. Достаточно сказать, что даже в Киевской области пропускная способность колхозных родильных домов была использована в 1939 г. всего на 33%, так как большая часть их зимой не функционировала. Это имеет место и в БССР, и в некоторых областях РСФСР (Тихорецкий район Краснодарского края, родильный дом «Красный Октябрь» Брюховского района, родильный дом Переславского сельсовета Рыбинского района Ярославской области, родильный дом Георгиевского сельсовета и т. д.).

2. Неудовлетворительная организация питания родильниц, что наблюдается в ряде колхозных родильных домов, например, в Саратовской области: в Новоузенском районе (Дмитровский родильный дом), в Ртищевском районе (Ниже-Голицинский родильный дом); в Краснодарской области: в Васильевском районе (Журавский родильный дом), в Нефтегорском районе (родильный дом им. 8 марта) и т. д.

3. Недостаток акушерок, вследствие чего известное число родильных домов бездействует в течение более или менее продолжительного времени. Так, в Киевской области в 1940 г. 20% колхозных родильных домов бездействовали за неимением акушерок, т. е., попросту говоря, не существовали, а между тем они значились в списочном составе сети колхозных родильных домов. Одной из причин недостатка акушерок, несомненно, является нежелание правлений колхозов и сельсоветов создавать для них сносные бытовые условия, в особенности в отношении жилья. Имеется много жалоб со стороны акушерок на то, что колхозы не только не предоставляют им помещения, но даже выселяют их из помещений, которые они законно занимали.

Наконец, чрезвычайно важное значение для определения средних показателей использования колхозных родильных домов имеет правильный учет последних. На самом же деле вместо учета фактически существующих и действующих колхозных родильных домов органы здравоохранения удовлетворяются чисто канцелярской бюрократической системой учета по списочному составу, не считаясь с тем, что колхозные родильные дома в отличие от бюджетных учреждений в течение года могут совершенно закрываться или временно выходить из строя. В связи с этим среднегодовое число коек в системе колхозных родильных домов чрезвычайно непостоянно и непригодно для статистических подсчетов. Таким образом, исчисляемые на основании завышенного числа родильных коек показатели использования койки являются величинами нереальными, не отвечающими действительному положению вещей.

Правильность подобного заключения может быть иллюстрирована рядом примеров.

Так, в списке колхозных родильных домов числится Мокро-Мичкасский Ломовского района Пензенской области (акушерка т. Балеева). Число проведенных в этом родильном доме родов, по отчетным данным, оказалось настолько высоким, что Управление родильных домов и женских консультаций Наркомздрава Союза ССР нашло нужным проверить сведения акушерки, подтвержденные и райздравом. Оказалось, что родильный дом уже 2 года закрыт на замок, и все родовспоможения проводятся на дому у колхозниц. Таким образом, 3 койки родильного дома числятся лишь в списке, а 239 родов, проведенных акушеркой Балеевой на дому, зачислены в баланс разъездной помощи.

Приведем характерное письмо акушерки Буровой, заведующей Калиобовским родильным домом Кирилловского района Вологодской области:

«Уведомляю Вас, что Калиобовский родильный дом пока что существует на бумаге, а фактически в нем ничего нет, кроме 4 кроватей. Он должен содержаться на средства 5 колхозов; деньги пока только обещают, но не дают. Для оказания родильной помощи я выезжаю на дом к колхозницам. Работаю я здесь с 19.VI. 1940 и по 1.I.1941, провела на дому 19 родов.

Что думает об этом учреждении Кирилловский райздрав, который зачислил себе в актив выполнения плана развертывания сети 4 койки, фактически не существующие?»

Не менее интересный ответ на запрос управления родильных домов получен от акушерки т. Жузловой (В. Хавский район Воронежской области):

«М. Приваловский родильный дом в 1940 г. не функционировал ввиду того, что он был снят с колхозного бюджета и переведен на районный бюджет, а райздрав средств на его содержание не отпустил. Вследствие этого роды пришлось принимать на дому у колхозниц. Всего в М. Приваловском сельсовете было зарегистрировано 85 родов, все эти роды были проведены при моей помощи.

Акушерка Жузлова. 20.I.1940»

Эти примеры, дают нам право сделать вывод, что действительные показатели годовой оборачиваемости и занятости койки колхозного родильного дома безусловно выше определяемых на основании суммарных данных годовых отчетов.

Этим мы отнюдь не хотим сказать, что пропускная способность всей системы колхозных родильных домов использована достаточно и что в этом отношении не имеется больших резервов. Использование колхозного родильного дома может быть значительно повышено путем увеличения длительности госпитализации родильниц на койке до установленного Наркомздравом Союза ССР срока в 8 дней.

По группе колхозных родильных домов, специально обследованных Наркомздравом Союза ССР, согласно данным 1939 г. и первой половины 1940 г., средний срок госпитализации родильниц составлял всего 5,5 суток с большими колебаниями. Только в 2 родильных домах срок госпитализации отвечал требованиям Наркомздрава: в Великовском родильном доме Белореченского района Краснодарского края (8 дней) и 1-м Нахарском родильном доме Якутской АССР (8,8 дней).

По группе родильных домов, представивших полный годовой отчет за 1940 г., средняя длительность пребывания родильницы на койке была несколько выше — 6,8 суток. Но и этот показатель составляет всего 85% норматива.

На средний показатель использования колхозных родильных домов, несомненно, влияет и совершенно неудовлетворительная работа ряда учреждений, резко снижающая хорошие показатели других. Так, в группе обследованных Наркомздравом СССР учреждений (91 объект) 49, т. е. около половины, дали от 20 до 54 оборотов койки в год. Из них в 11 колхозных родильных домах число оборотов превышало установленный для врачебных родильных стационаров показатель — 35 оборотов в год. Однако эти высокие показатели были почти аннулированы неудовлетворительной работой некоторых родильных домов. Так, в родильном доме Салатовского сельсовета Молдавской области было проведено за год всего 5 родовспоможений при 22 койко-днях занятости. В сельсовете Катичи Орловской области — 7 родовспоможений при 30 койко-днях занятости. В результате среднее число по всем родильным домам составило: 26,4 оборота койки и 151 койко-день по первой группе (51 объект) и 19 оборотов при 131 койко-дне — по второй (40 объектов).

Этот показатель значительно лучше средних показателей, исчисляемых по данным годовых отчетов. Это объясняется тем, что в наш материал не вошли объекты, существующие только на бумаге, т. е. давшие нулевые показатели использования койки.

Мы полагаем, что вопрос об использовании койки колхозного родильного дома не может вообще решаться на основании показателей оборачиваемости и занятости койки. Решающим является вопрос о степени охвата рожениц обслуживаемых колхозов стационарной помощью; наряду с этим имеет большое профилактическое значение и соблюдение

установленного срока госпитализации. Колхозный дом может охватить колхозниц родильной помощью на 100% (или почти на 100%) и тем не менее не выполнить плановых показателей, как это видно из прилагаемой таблицы.

Название колхозного родильного дома	Число койк	Проведено родов		Зарегистрировано в загсе рождений	Охват родильной помощью в %		Показатели				
		всего	в том числе на койке		общий	стационарной помощью	занятость в койко-днях	в % к плану	число оборотов	в % к плану	средний срок госпитализации в днях
1. Секачевский родильный дом, Комсомольского района Сталинградской области	4	37	36	36	102	100	55,2	34,5	9	45,0	6,1
2. Шапкинский родильный дом, Богородского района Горьковской области	3	62	61	65	95,4	93,9	122	76,3	20,3	100	6,0
3. Перелетский родильный дом, Балтского района Одесской области	6	87	80	89	97,8	90,0	112	70,0	16	80	7,0
4. Фрейдентальский родильный дом, Белевского района Одесской области	6	57	52	57	100	91,2	65,5	40,9	8,5	42,5	7,5
5. Алферовский родильный дом, Новохоперского района Воронежской области	7	54	51	55	100	91,2	50,7	31,8	7,2	36,0	7,2

Как бы мы оценили использование койки в колхозных родильных домах № 1, № 4 и № 5, давших последовательно 9,85 и 7,2 оборота койки в год при занятости в 55, 56 и 51 койко-день? Мы считали бы эти показатели недопустимо низкими, а между тем все эти родильные дома полностью охватили колхозниц помощью в родах, допустив лишь небольшой процент родовспоможений на дому.

Из всего изложенного следует, что при оценке показателей использования койки следует подходить индивидуально к каждому колхозному родильному дому. Для этого необходимо, чтобы райздравы (или участковые врачи) составляли для каждого из них индивидуальный план. В основу его должно быть положено ожидаемое количество рождений на основании данных истекшего года. Это число должно определить плановую оборачиваемость для данного родильного дома на следующий год.

Предположим, что на территории района имеются 3 колхозных родильных дома — на 6, 4 и 3 койки. Рождаемость в обслуживаемых им колхозах равнялась в 1940 г. 85, 46 и 63. Годовой план оборачиваемости для этих учреждений на 1941 г. составит: $85 : 6 = 14$; $46 : 4 = 10,5$; $63 : 3 = 21$ оборот. При определении индивидуального плана занятости следует исходить из установленного срока госпитализации в 8 дней путем умножения числа запланированных оборотов на 8, что даст последовательно $14 \times 8 = 112$; $10,5 \times 8 = 84$; $21 \times 8 = 168$ койко-дней в год. Эти индивидуальные планы, несмотря на их различие, совершенно реальны.

Нетрудно понять, что таким же образом можно составить годовой индивидуальный план использования колхозных родильных домов по району в целом: число ожидаемых родов в колхозах, обслуживаемых родильными домами, равно: $85 + 46 + 63 = 194$; число родильных коек равно 13. Планируемое число оборотов родильной койки равно: $194 : 13 = 15$, или 75% к среднему союзному показателю. Планируемая среднегодовая занятость койки равна: $15 \times 8 = 120$ койко-дней.

Предлагаемый нами метод исчисления использования койки колхозного родильного дома, помимо своей правильности и реальности, имеет еще одно существенное преимущество: он обязывает каждый райздрав уточнить число действующих на его территории колхозных родильных домов и коек, исключив из них существующие только на бумаге.

Мы не можем коснуться в рамках настоящей статьи других важнейших качественных показателей деятельности колхозных родильных домов, каковы материнская и детская заболеваемость и смертность, патронажная работа и т. д. Ограничимся указанием на то, что в этом отношении колхозные родильные дома оправдали возлагавшиеся на них ожидания.

Таким образом, колхозные родильные дома уже и в настоящее время играют огромную роль в удовлетворении колхозного населения стационарной родильной помощью. Роль эта может быть значительно повышена, если отстающие учреждения улучшат свою работу. Несомненно одно, что единственно правильный путь для решения проблемы 100% охвата сельского населения стационарной помощью состоит в дальнейшем развитии сети колхозных родильных домов, которые должны дополнить сеть бюджетных врачебных коек. Украинская ССР, обладающая самой мощной системой колхозных родильных домов, может и должна разрешить эту проблему еще до окончания 3-й пятилетки.

**РАБОТА ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ ДЕТСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ**

Е. Л. Якоби

Консультация № 35 Дзержинского района Москвы (зав. И. Л. Фельдман)

Вопрос о работе дневных стационаров мало освещен в педиатрических журналах. Между тем дневные стационары играют немаловажную роль в борьбе с летними детскими поносами. Те мероприятия, которые с трудом проводятся матерями на дому (голодание, кормление малыми дозами сцеженного грудного молока, строгая диета для старших детей), легко выполняются ими же в дневном стационаре под контролем опытной сестры. Дневной стационар является хорошей школой для матерей и других лиц, ухаживающих за больными детьми. За 5—7 дней пребывания в стационаре они приобретают гигиенические навыки и получают указания об уходе и питании ребенка; из бесед, проводимых врачом и сестрой, мать узнает о том, как уберечь ребенка от летних поносов и других эпидемических заболеваний.

Дневной стационар при детской консультации № 35 Дзержинского района Москвы в течение лета 1940 г. работал 2 месяца 10 дней. Стационар помещался в двух комнатах площадью 35 и 30 м², к которым прилегал небольшой коридор. В первой комнате производился прием детей; здесь же за ширмой они купались, взвешивались и осматривались врачом. В этой комнате выполнялись все процедуры (инъекции, вливания, гемотерапия). Во второй комнате стояло 6 кроватей со столиками, шкаф для посуды, стенной шкаф для чистого белья и умывальник. Большим недостатком являлось отсутствие зеленой площадки для прогулок. Стационар работал ежедневно с 9 часов утра до 7 часов вечера.

За 2 месяца 10 дней через дневной стационар прошло 75 больных, из них 73 — первичных и 2 — повторных. Мальчиков было 37, девочек — 38. По возрасту дети распределялись таким образом: до 3 месяцев — 12, с 3 до 6 месяцев — 21, с 6 до 9 месяцев — 10, с 9 до 12 месяцев — 18, 1—1½ года — 12, 1½—2 года — 2.

Всего проведено 229 койко-дней, в среднем на 1 больного ребенка приходится 4⅓ дня.

Все дети были направлены в стационар с диагнозом простой диспепсии. Среди них оказалось 7 больных токсической диспепсией, 5 — дизентерией и 1 — брюшным тифом; все эти больные были направлены в больницу.

Большое значение в успехе лечения и исходе заболевания детей имеет раннее помещение больных в дневной стационар. Однако в наш стационар дети поступали с опозданием. Отчасти в этом виноваты врачи консультации, которые недостаточно энергично настаивают на помещении ребенка в дневной стационар, иногда же родители поздно обращаются с больными детьми в консультацию и редко при первом же посещении соглашаются оставить их в стационаре.

Из 75 детей, помещенных в наш стационар, 30 явились в консультацию на 1 — 2-й день болезни, 34 — на 3—4-й день, 10 — на 5—6-й день и 1 — после 10-го дня заболевания. Таким образом, больше половины (45) обратились в консультацию на 3-й день болезни и позже, а в стационар попали, разумеется, еще позднее, как это можно видеть из приводимой таблицы.

На какой день болезни ребенок помещен в дневной стационар	На какой день болезни обратились в консультацию					Всего
	1—2-й	3—4-й	5—6-й	7—9-й	10—12-й	
1—2-й	14	—	—	—	—	14
3—4-й	9	22	—	—	—	31
5—6-й	4	9	8	—	—	21
7—9-й	1	2	2	—	—	5
10—12-й	2	1	—	—	1	4
Всего	30	34	10	—	1	75

Врачи и сестры консультации должны неустанно внушать матерям, что с больным ребенком надо обращаться в консультацию в первый же день и даже в первые часы болезни. Это касается не только желудочно-кишечных, но и других заболеваний.

Из 75 детей, прошедших через дневной стационар, эитрофигов было 53 и гипотрофигов — 23. Как видно, и те, и другие в одинаковой мере болеют острой диспепсией.

На грудном вскармливании находилось 19 детей, на смешанном — 33 и на искусственном — 23. Ранний прикорм и раннее отлучение от груди вообще отмечаются среди детей нашей консультации. С этим необходимо бороться и на врачебных приемах в консультацию, и при посещениях детей на дому патронажными сестрами. Сестры должны научить матерей сцеживать молоко и оставлять его вместо прикорма при уходе на работу.

При поступлении грудного ребенка в дневной стационар ему назначалось в первые 8—12 часов голодание, если оно раньше не было проведено, затем — обильное питье: 5% глюкоза и чай из шиповника. После этого ребенок переводился на кормление через каждые 2 часа малыми дозами сцеженного грудного молока. Дети, находившиеся на искусственном питании, получали грудное молоко из молочного пункта, а если его нехватало, докармливались кефиром пополам с рисовым отваром (кефир Б). В течение последующих 4—5 дней они постепенно переводились на обычное кормление. Больше половины детей получали бактериофаг два раза в день: дети до 1 года получали по 5 г, а дети старше 1 года — по 10 г на прием.

Даже при диспепсии средней тяжести дети выздоравливали в течение 5—7 дней. Из 62 больных острой диспепсией только 2 ребенка пробыли в стационаре больше 10 дней. Один из них, в возрасте 1 года 3½ месяцев, поступил в наш стационар спустя 3 недели после того, как он провел 4 месяца в Образцовой детской больнице по поводу диспепсии и операции мастоидита. Ему было назначено соответствующее питание, сделано 4 гемотерапии по 4—6 см³ материнской крови. После 12 дней пребывания в стационаре, общее его состояние, аппетит и стул значительно улучшились, и он прибавил в весе 750 г.

Как уже сказано выше, 13 детей были отправлены в больницу; кроме того, 7 детей выписались из стационара по семейным обстоятельствам на 2—3-й день почти в том же состоянии, в каком они поступили. Остальные 56 больных, пробыв в дневном стационаре 5—7 дней, выписались в хорошем общем состоянии, с удовлетворительным аппетитом и нормальным стулом. За время пребывания в стационаре 33 ребенка прибавили в весе от 120 до 150 г и 23 выбыли с тем же весом. Все наши больные проверялись в течение последующих 2 месяцев; кроме 2 детей, которые вновь поступили в стационар, никто из них больше диспепсией не болел.

Из осложнений мы имели у наших больных 19 случаев отита, 5 случаев бронхита и 1 случай пиелита.

Выводы

1. Дневной стационар является эффективным мероприятием в борьбе за уменьшение детских желудочно-кишечных заболеваний и снижение детской смертности.

2. Успешная работа дневного стационара в большой мере зависит от раннего поступления больных детей, поэтому надо постоянно внушать матерям необходимость немедленного обращения с больным ребенком в консультацию.

3. Дневные стационары должны иметь в своем распоряжении некоторое количество грудного молока.

4. При дневном стационаре должна быть зеленая площадка для прогулок больных.

КАТАМНЕЗ ДИЗЕНТЕРИКА¹

М. В. Монастырецкая

Из клиники детских болезней Медицинского института и Центральной консультации ОММ Хабаровска (директор клиники и научный руководитель консультации — проф. Е. Е. Гранат)

Работая в Центральной детской консультации Хабаровска мы заметили, что дети, перенесшие острый приступ дизентерии, затем на протяжении длительного времени поступали к нам с рецидивами этого заболевания. Это навело нас на мысль обследовать детей, которые 1—2 года назад перенесли первый острый приступ дизентерии. Для этого мы отобрали 50 детей, руководствуясь только вышеуказанными данными, т. е. давностью первого приступа дизентерии. Наши заключения об этих детях составлялись на основании данных первичного обследования ребенка в момент первого приступа заболевания, данных последующих обследований, так как большинство детей систематически посещало консультацию, и наших последних обследований, которые производились в 64% случаев приблизительно через 2 года после первого приступа дизентерии.

Всего было обследовано 50 детей. По возрасту они делились так: детей от 1 года 6 месяцев до 2 лет — 16, или 32%, от 2 до 3 лет 2 месяцев — 34, или 68%. Мальчиков было 26, девочек — 34.

Из числа обследованных детей 42 находились в хороших и удовлетворительных бытовых условиях и лишь 8 детей в плохих. По общему состоянию и развитию всех детей можно было разделить на две группы: с хорошим и удовлетворительным общим физическим развитием — 45, с плохим — 5 детей.

Тургор кожи в 74% случаев был удовлетворительный и хороший и в 26% недостаточный. Подкожножировой слой развит хорошо и умеренно в 78% случаев, плохо — в 22%. Почти все дети имели признаки

¹ От редакции. Вопрос о катамнезе дизентерии, сравнительно мало освещенный в литературе, имеет, несомненно, большой интерес. Предоставляя страницы журнала для статьи М. В. Монастырецкой, редакция со своей стороны полагает, что относительно небольшой и притом случайный материал автора едва ли дает право на заключение, что в 70% случаев дизентерия принимает хроническое течение. Редакция просит педиатров высказать свое мнение по этому вопросу на страницах журнала.

рахита; у 62% детей был рахит I степени, у 34%—II степени. Периферические лимфатические железы величиной от мелкой горошины до фасоли, плотные, спаянные, прощупывались у 26% детей, у остальных 74% железы были эластические, неспаянные.

Со стороны органов дыхания в момент последнего обследования мы обнаружили у 13 детей явления бронхита, у 3 — бронхопневмонию; у 9 детей были симптомы туберкулезного процесса (вторичный легочный инфильтрат и хроническая туберкулезная интоксикация).

Выслушивание сердца в момент последнего обследования дало следующие результаты: глухие тоны сердца — в 12% случаев и нечистый первый тон — в 2%.

Увеличенная и плотная печень наблюдалась часто в период первого острого приступа заболевания, но в момент последнего обследования только в одном случае удалось прощупать плотную и увеличенную, выходящую на 3 см из-под края ребер печень. Селезенка не прощупывалась.

У 48% всех обследованных детей отмечался плохой сон и легкая возбудимость нервной системы.

Так как бактериологического подтверждения дизентерии не проводилось, то мы остановились на случаях с хорошо выраженной клинической картиной первого приступа заболевания.

Так, из 50 обследованных случаев первого приступа дизентерии в 40% была локальная форма дизентерии, т. е. дизентерия с высокой температурой, стул со слизью, с кровью, сопровождаемый тенезмами, при удовлетворительном общем состоянии. В 60% была токсическая форма дизентерии — высокая температура, рвота, судороги, стул со слизью, кровью, тенезмами.

Первый приступ дизентерии распределялся по месяцам года следующим образом: в феврале и в октябре по 1 случаю, в марте, апреле и в мае по 3 случая, в июне — 8, в августе — 9 и в июле — 12 случаев. Наибольшее число случаев первого приступа дизентерии падает на июнь, июль и август.

По продолжительности течения первого приступа дизентерии все 50 случаев распределялись так: 2 недели — 3 случая, 1 месяц — 20, 2 месяца — 16, 3 месяца — 7 случаев, 4 месяца — 3 случая, 5 месяцев — 1 случай.

Время от первого приступа до последнего обследования: от 1 года 2 месяцев до 1 года 4 месяцев — 10%, от 1 года 5 месяцев до 1 года 8 месяцев — 26%, от 1 года 9 месяцев до 2 лет — 64%.

С момента первого приступа до последнего обследования в большинстве случаев, т. е. в 64%, прошло около 2 лет; в 26% случаев — от 1 года 5 месяцев до 1 года 8 месяцев; в 10% случаев от 1 года 2 месяцев до 1 года 4 месяцев.

Отеки мы наблюдали в 1 случае во время первого приступа и в 12% всех случаев после болезни.

Осложнения при заболеваниях дизентерией были отмечены в 60% всех случаев, а именно: пневмонии в 14%, стоматиты в 18% и *prolapsus recti* в 28% случаев.

После первого приступа в течение всего времени (т. е. до последнего обследования) у обследованной группы детей отмечались в 94% изменения со стороны стула, в 92% — периодически пониженный аппетит и в 38% — рвота.

Со стороны стула были отмечены следующие симптомы: 1) частое появление слизи, крови и тенезмов — в 6% случаев; 2) слизь и тенезмы все время, кровь появляется изредка — в 2%; 3) частое появление слизи, тенезмов, изредка крови — в 40%; 4) изредка, но повторное появление слизи, тенезмы и кровь — в 14%; 5) часто только слизь и тенезмы — в 10%; 6) изредка только слизь — в 16%; 7) постоянный жид-

кий стул без слизи — в 2%; 8) изредка жидкий стул без слизи — в 4%; 9) нормальный стул — в 6% случаев.

Таким образом, если мы, осторожности ради, не будем считать хронической дизентерией все случаи, в которых изменения в характере стула сводились исключительно к жидкому стулу или к примесям в нем, то даже с этим ограничением можно констатировать на нашем материале в 72% случаев хроническое течение заболевания с рецидивами.

Сошлемся на работу Кричевского¹, который отмечает, что хронические диспепсии и колиты (протекающие в течение ряда лет) дизентерийного происхождения.

Нам кажется, что на основании изученного материала мы можем сделать следующие выводы:

1) большой процент детей, перенесших дизентерию, являются хроническими больными, дающими после первого приступа дизентерии в продолжение 2 лет и выше ряд рецидивов; в большинстве случаев у этих больных наблюдаются постоянные изменения со стороны стула и ряд диспептических явлений;

2) необходимо в консультациях организовать систематический патронаж и диспансеризацию всех дизентерийных больных;

3) дети, перенесшие дизентерию и посещающие ясли и другие детские учреждения, должны быть под особым наблюдением врача данного учреждения.

¹ Педиатрия, № 4, 1938.

ОФИЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ПО БОРЬБЕ С ДЕТСКИМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА 1941 г. УПРАВЛЕНИЯ ДЕТСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НАРКОМЗДРАВА СОЮЗА ССР

1. Анализ проведенных мероприятий по борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями и результаты, полученные в 1940 г., показывают, что основными причинами неудовлетворительных итогов в отдельных республиках, краях и областях являются: а) неудовлетворительная подготовка всей сети лечебно-профилактических учреждений к весенне-летнему периоду; б) позднее развертывание основных мероприятий; в) сезонность проведения их; г) недостаточная работа органов ГСИ союзных республик; д) отсутствие контроля со стороны руководящих работников органов здравоохранения на местах за выполнением намеченного плана; е) плохая постановка санпросветработы, особенно среди матерей.

2. Отдельные республики, АССР, края и области (Таджикская, Грузинская, Туркменская ССР, Марийская и Чувашская АССР, Вологодская, Архангельская, Мурманская, Ивановская области и др.) не выполнили п.3 приказа НКЗдрава СССР № 62 от 1.II.1940 г. о проверке к 15.III т. г. готовности детских лечебно-профилактических учреждений к обслуживанию детей в весенне-летний период; в некоторых консультациях отдельных городов Таджикской республики (Сталинабад, Ленинабад, Исфара и др.), Ивановской области (г. Середя и др.), Саратовской области (Ворошиловский и Перелюбский районы), Западно-Казахстанской области (Чапаевский район, Казталовский и др.), Мурманской области (г. Мурманск), Чувашской АССР (г. Чебоксары), Челябинской области (г. Челябинск) и др. — раздельный прием здоровых и больных детей и участковый метод работы отсутствовали.

3. Профилактическое патронажное обслуживание детей до 1 года в ряде детских консультаций отдельных областей и городов было поставлено крайне недостаточно (Архангельская, Кировская, Воронежская области и др., Ворошиловград, Сызрань, Иваново, Казань, Баку, Ереван и др.). Даже в Москве в консультациях № 35, 10, 9 и др. и в Ленинграде в консультациях № 7, 18, 24 и др. в первой половине 1940 г. профилактическая работа проводилась очень плохо и патронаж здоровых детей до 1 года почти отсутствовал.

4. Санитарный надзор за молочными кухнями, в соответствии с требованиями санитарных правил для молочных кухонь, утвержденных НКЗдравом СССР 14.IV.1939 г., либо совсем отсутствовал (Западно-Казахстанская область, Чапаевский район, Архангельск, Фрунзе, Токмак, Ашхабад, Чарджоу и др.), либо проводился крайне поверхностно (Киев, Харьков, Сумы, Ростов, Симферополь, Рязань, Витебск, Гомель и др.).

5. Санитарно-просветительной работе и в первую очередь обучению матерей правильному уходу и вскармливанию детей со стороны работников отдельных лечебно-профилактических учреждений не было уделено достаточного внимания. Так, развертывание сети школ матерей при детских учреждениях проводилось неудовлетворительно (г. Баку, Челябинск и др.).

6. Госпитализация детей с токсической диспепсией была проведена даже в зимний период 1939—1940 гг. только лишь на 20—30%, а с дизентерией на 40—50% (Киргизская ССР, Таджикская ССР, Марийская АССР, Вологодская, Воронежская, Мурманская области и др.), несмотря на то, что в этот промежуток времени имелись все возможности для 100% госпитализации.

По г. Саратову токсическая диспепсия госпитализировалась за первые 6 месяцев 1940 г. в 33,7%, по г. Иванову госпитализация детей с желудочно-кишечными заболеваниями в июле 1940 г. была осуществлена лишь на 32,5%.

К этому надо еще добавить и позднее развертывание коек для госпитализации детей, больных токсической диспепсией и дизентерией, а также позднее поступление больных детей в стационары. Так, во 2-ю детскую больницу г. Саратова 35% случаев госпитализировано позже 10-го дня болезни, а в г. Вольске 64% детей с желудочно-кишечными заболеваниями поступило позже 5-го дня болезни.

Временный дизентерийный стационар в г. Иванове должен был функционировать по плану с 1 июня 1940 г., однако он был развернут только 2 июля.

Несмотря на позднее развертывание коек для госпитализации детей с желудочно-кишечными заболеваниями в г. Иванове, например, в июле месяце стационар для токсической диспепсии, рассчитанный на 30 коек при наличии потребности в нем, был заполнен на 50%. Пустовали также места и во временных дизентерийных стационарах.

То же самое можно отметить и в ряде других городов (Баку, Шумерли, Чувашской АССР, Чарджоу, Ташаузе, Туркменской ССР, и др.).

Наряду с неблагополучием по детской желудочно-кишечной заболеваемости в отдельных республиках, АССР и областях, следует отметить республики и области, которые добились успехов в деле снижения детских желудочно-кишечных заболева-

ний. К числу таковых относятся Казахская ССР, Калмыцкая АССР, Иркутская, Курская области и др.

Положительные результаты, достигнутые в ряде республик, краев и областей, являются доказательством того, что дело борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями у детей является вполне осуществимым и зависит всецело от руководства со стороны органов здравоохранения на местах и мобилизации всего здоровья.

Этого, очевидно, недооценивают работники здравоохранения БССР, где в июле отдельные заведующие райздравотделами г. Минска, заведующие Витебским областным здравотделом и горздравотделом, а также заведующий горздравотделом г. Борисова пользовались отпуском.

В г. Ашхабаде летом некоторым педиатрам также был предоставлен очередной отпуск.

Это обстоятельство свидетельствует о полной безответственности органов здравоохранения в столь важном деле, как борьба с желудочно-кишечными заболеваниями у детей.

В целях дальнейшего максимального снижения детских желудочно-кишечных заболеваний в 1941 г. необходимо проведение следующих мероприятий:

По организации патронажного обслуживания

1. Учитывая огромное значение в деле борьбы с детской заболеваемостью правильно поставленного в детской консультации патронажа детей до 1 года — укомплектовать к I. III с. г. патронажными сестрами городские и сельские консультации (по 2 на каждого участкового врача); сельские врачебные участки (по 1 патронажной сестре на участок) в союзных республиках: Казахской, Узбекской, Таджикской, Киргизской, Туркменской, Азербайджанской, Грузинской, Армянской, Молдавской, южных областях УССР и южных областях, краях и АССР РСФСР — к I. III с. г., а в Карело-Финской ССР, БССР и во всех остальных областях УССР и РСФСР — к I. V с. г.

2. Сверх утвержденного на 1940/41 г. плана укомплектования патронажными сестрами детских лечебно-профилактических учреждений и сельских врачебных участков (приказ НКЗдрава СССР № 421 и 3 сентября 1940 г.) в городах, районах и сельских врачебных участках с повышенной заболеваемостью, ввести за счет существующей сети, а также за счет средств по эпидфонду дополнительные должности патронажных сестер.

Примечание. Из этого количества дополнительных патронажных сестер обеспечить патронажным обслуживанием детей раннего возраста, прикрепленных к врачам-терапевтам общих поликлиник и амбулаторий.

По медобслуживанию сельских яслей. Обеспечить не позднее I. III с. г. прикрепление среднего медицинского персонала сельских врачебных участков к существующим колхозным и совхозным яслям для систематического медицинского наблюдения с посещением яслей не реже 1 раза в неделю.

По подготовке лечебно-профилактических учреждений и медицинских кадров

1. Принимая во внимание большое значение надлежащей постановки работы детских лечебно-профилактических учреждений в деле правильного обслуживания детей, особенно раннего возраста, проверить через органы здравоохранения до 15. III. 1941 г. в Молдавской, среднеазиатских, закавказских союзных республиках, в южных областях УССР, южных областях, краях и АССР РСФСР, а в БССР и в остальных областях УССР и РСФСР, а также в Карело-Финской ССР до 15. IV с. г. готовность лечебно-профилактических и в первую очередь детских учреждений (консультаций, молочных кухонь, яслей, детских поликлиник и т. д.) к обслуживанию детей на весенне-летний период (приспособленность помещений к раздельному приему больных и здоровых детей, наличие оборудования, медицинских кадров, участкового принципа обслуживания и т. д.).

2. На весенне-летний период организовать дополнительные врачебные приемы и филиалы консультаций за счет общей сметы здравоохранения, а также за счет средств, ассигнованных на борьбу с детскими желудочно-кишечными заболеваниями.

3. Аптечному отделу НКЗдрава СССР и ГАПУ наркомздравов союзных республик выделить необходимое количество медикаментов со специальным назначением для лечения детей с желудочно-кишечными заболеваниями.

4. В целях лучшего обслуживания детского населения окраин городов и населенных пунктов и приближения медицинской помощи по месту жительства ребенка не позднее марта 1941 г.:

а) в районах городов и городских поселках, не имеющих детских консультаций или где помещение детских консультаций не позволяет развернуть дополнительных врачебных приемов, организовать приемы детей в общих поликлиниках и амбулаториях для взрослых за счет общей сметы здравоохранения, а также за счет средств,

выделенных на борьбу с желудочно-кишечными заболеваниями. Обслуживание детей раннего возраста возложить на одного из терапевтов, выделив в помощь ему патронажную сестру;

б) в летние месяцы, когда обращаемость в детские поликлиники и амбулатории, значительно снижается (вывоз детей на дачи, в пионерлагери и т. д.), частично переклЮчить работу детских поликлиник на обслуживание детей раннего возраста.

Примечание. Для приема детей раннего возраста во избежание контакта с инфекционными больными в общих поликлиниках и амбулаториях для взрослых, а также в детских поликлиниках создать соответствующие условия (фильтры, боксы, отдельные часы для детей и т. д.).

в) разукрупнить существующие детские консультации, имеющие разбросанные и далекие участки, при достаточном количестве врачебных приемов, путем организации филиалов в поликлиниках и амбулаториях для взрослых, выделив из консультации врачей-педиатров для обслуживания соответствующих (по месту жительства) контингентов детского населения.

5. Для большего охвата детского населения питанием из молочных кухонь вернуть дополнительную сеть раздаточных пунктов детского питания за счет средств, выделенных на борьбу с детскими желудочно-кишечными заболеваниями.

6. Для более эффективной работы по дальнейшему максимальному снижению желудочно-кишечной заболеваемости у детей провести до I.V.1941 г. районные и межрайонные конференции как для врачей детских лечебно-профилактических учреждений, так и для врачей общей сети, обслуживающих детское население, декадники для среднего медицинского персонала детских лечебно-профилактических учреждений по вопросам вскармливания, ухода за здоровыми и больными детьми, организации и проведения мер борьбы с детскими желудочно-кишечными заболеваниями с подведением итогов мероприятий за 1940 г.

7. Для этих целей, а также для оказания практической помощи на местах широко использовать работников научно-исследовательских институтов (ОММ, эпидемиологии и микробиологии и др.) и медицинских институтов.

8. Управлению детских лечебно-профилактических учреждений НКЗдрава СССР провести в феврале 1941 г. совещание начальников лечебно-профилактической помощи детям союзных республик по вопросам подведения итогов борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями за 1940 г. и проработки плана мероприятий на 1941 г.

По госпитализации

1. Для обеспечения 100% госпитализации в первые дни заболевания детей токсической диспепсией и дизентерией, помимо использования существующей детской коечной сети, Управлению детских лечебно-профилактических учреждений совместно с Управлением городских больниц и управлений сельских лечебных учреждений выделить на летние месяцы в больницах для взрослых от 5 до 15% общего коечного фонда.

Примечание. Ответственность за развертывание потребного количества коек возложить на заведующих край-обл-рай-горздравами, а контроль за выполнением этого мероприятия — на работников лечебно-профилактической помощи детям и эпидемиологов наркомздравов союзных республик.

2. Развернуть на средства по эпидфонду дополнительные временные койки в городах и на селе для госпитализации детей с токсической диспепсией и дизентерией (приложение № 4).

3. Для детей, больных острой диспепсией, развернуть из средств по эпидфонду дневные стационары при детских консультациях, детских поликлиниках и детских отдельных общих поликлиниках, где ведутся приемы детей всех возрастов.

4. Во всех крупных детских яслях (от 100 и выше коек) организовать дневные стационары для детей с острой диспепсией, обслуживаемых этими яслями.

По санитарно-просветительной работе

1. Учитывая большую роль санитарно-просветительной работы среди населения и обучения в первую очередь матерей правильному уходу и вскармливанию детей, совместно с Управлением горполиклиник и Управлением сельских лечебных учреждений развернуть широко сеть школ матерей: в городских детских консультациях каждым участковым врачом, а также врачом-терапевтом в общих поликлиниках и амбулаториях, обслуживающих детское население, а на сельских врачебных участках — патронажной сестрой, фельдшером, фельдшершей, акушеркой.

Через школы матерей за 1941 г. пропустить не менее 1 млн. женщин.

2. Отделу санитарного просвещения НКЗдрава СССР обеспечить через отделы санитарного просвещения наркомздравов союзных республик, дома и пункты санитарного просвещения развертывание широкой работы среди населения, привлекая весь здравактив.

Литературу и наглядные пособия по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями разослать на места не позднее 15.IV по всему Союзу.

3. Центральному институту санитарного просвещения и Медгизу всю намеченную планом массовую литературу, методические и наглядные пособия по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями выпустить не позднее I.IV с. г.

4. Медгизу переиздать в феврале 1941 г. сборник инструкций по борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями для методической помощи органам здравоохранения и работникам детских лечебно-профилактических учреждений и выпустить не позднее I.IV с. г. намеченные по плану пособия для врачей, учебники и пособия для среднего медицинского персонала.

По проведению санитарных противоэпидемических и профилактических мероприятий

1. Органам ГСИ наркомздравов союзных республик обеспечить систематический контроль за санитарным состоянием лечебно-профилактических учреждений, особенно молочных кухонь, за соблюдением санитарных требований по снабжению детских лечебно-профилактических учреждений и населения городов молоком и молочными продуктами, за очисткой городов.

2. Противоэпидемическим управлениям наркомздравов союзных республик, обл.-гор.-рай-эпидемиологам проводить контроль за правильной постановкой учета желудочно-кишечных заболеваний, за обработкой очагов, за выявлением бациллоносителей и за своевременностью противодизентерийных прививок.

3. Управлению противоэпидемических учреждений НКЗдрава СССР обеспечить своевременно все республики и области дизентерийным бактериофагом, интестифагом и бакпрепаратами для противодизентерийных прививок (жидкая вакцина, таблетки), а также лизоцимом для детей, согласно плану на 1941 г.; следует включить в план на 1941 г. количество прививок для детей отдельной графой.

4. Управлению детских лечебно-профилактических учреждений НКЗдрава СССР, совместно с Управлением горбольниц и Управлением горполиклиник и амбулаторий выборочно по городам и районам организовать систематический учет эффективности применения бактериофага и интестифага.

5. Управлениями городских больниц, сельских лечебных учреждений и Управлению городских поликлиник и амбулаторий НКЗдрава СССР организовать контроль за выполнением всех мероприятий настоящего плана в части, касающейся подведомственной им сети лечебно-профилактических учреждений.

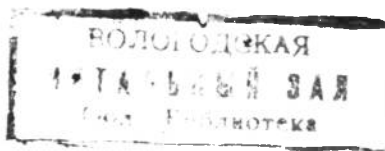
По оказанию методической и практической помощи на местах

1. Организовать проверку (с февраля) мероприятий по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями у детей через наркомздравы союзных республик и оказывать практическую помощь путем посылки (март — апрель) работников Управления детских лечебно-профилактических учреждений НКЗдрава СССР в места с наиболее повышенной заболеваемостью.

2. Направить в Таджикскую, Киргизскую, Туркменскую ССР на апрель — май, Чувашскую, Марийскую АССР и Кировскую область РСФСР не позднее июня — июля с. г. бригады специалистов для оказания практической помощи.

3. Начиная с февраля 1941 г. установить ежемесячный контроль за динамикой заболеваемости, госпитализацией, а также за развертыванием мероприятий, особенно в неблагоприятных областях, городах и районах.

4. По получаемым материалам и по данным статистического отдела НКЗдрава СССР ежеквартально проводить анализ движения детских желудочно-кишечных заболеваний и хода развертывания мероприятий по союзным республикам.



Отв. редактор Ф. И. Зборовская

Гоз издания 16-й Тираж 13180 экз. Подписано к печ. 2.IV.1941 г.
Л13360 3 печ. лист. 5 авт. лист. 64000 знаков в 1 п. л. Цена 1 руб. 25 коп.

Типография «Известий Советов депутатов трудящихся СССР», Москва. Заказ 539

ХРОНИКА

С 7.11 по 10.11.1941 г. в Наркомздраве Союза ССР происходило совещание начальников управлений детских лечебно-профилактических учреждений союзных республик. В совещании приняли участие заведующие городскими областными здравоотделами отдельных областей и городов и представители многих лечебно-профилактических учреждений Москвы, а также 65 работников периферии.

На совещании были заслушаны и обсуждены следующие доклады:

1) доклад заместителя народного комиссара здравоохранения Союза ССР М. Н. Казанцевой и содоклад заместителя народного комиссара здравоохранения РСФСР Н. В. Мананниковой «Основные задачи здравоохранения на 1941 г.»;

2) доклад и. о. начальника управления детских лечебно-профилактических учреждений Наркомздрава Союза ССР В. П. Пловской «Итоги мероприятий по борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями в 1940 г. и план мероприятий на 1941 г.».

Докладчики отметили большую работу, проделанную на местах, в области детского здравоохранения в 1940 г.

Заместитель народного комиссара тов. Казанцева в своем докладе указала, что в 1940 г. значительно выросла сеть детских лечебно-профилактических учреждений (ясли, консультации, молочные кухни, поликлиники, детские больницы). Значительно увеличилось количество врачей-педиатров и среднего медицинского персонала, особенно отмечается большой рост патронажных сестер, количество которых в 1941 г. будет доведено до 30 000.

Во многих городах, областях, автономных и союзных республиках улучшилось качество работы детских лечебно-профилактических учреждений, в результате чего снизилась заболеваемость, главным образом за счет уменьшения числа инфекционных и желудочно-кишечных заболеваний. В то же время в ряде других областей и городов не были использованы все возможности в работе, и результаты работы в области снижения детской заболеваемости совершенно неудовлетворительны.

Совещание уделило большое внимание вопросу о борьбе с корью, дизентерией и желудочно-кишечными заболеваниями. Из выступлений отдельных товарищей видно, что в ряде мест до сих пор не уделяется должного внимания серопротифиликтике кори, а в отдельных местах серопротифиликтика проводится неправильно и несвоевременно.

Совещание одобрило план мероприятий по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями в 1941 г., утвержденный Наркомздравом Союза ССР, в котором, наряду с другими мероприятиями, особое место отведено патронажной работе и 100% госпитализации в первые дни детей, больных дизентерией и токсической диспепсией.

В докладах и выступлениях было подвергнуто резкой критике нерациональное использование ясельного коечного фонда по отдельным городам, областям и республикам. В качестве одной из мер для полного использования ясельных коек докладчики и выступавшие в прениях выдвигали предложение организовать в более широком масштабе дифференцированные группы в яслях для детей-типофитов, рахитиков, для больных туберкулезом, коклюшем и др., а также выделять в карантинные группы детей, контактных по кори.

Начальник управления городских больниц Наркомздрава Союза ССР тов. А. Б. Александровский указал на несвоевременную госпитализацию больных детей, нерациональное использование больничных коек и слабый контроль руководителей детского здравоохранения на местах за правильным использованием коечного фонда. Научный сотрудник Центрального педиатрического института О. Е. Шапиро поделилась опытом работы на участке по системе единого педиатрического обслуживания. Поставленный в Москве опыт (консультация № 7) дал положительные результаты, подтвердив на практике эффективность системы единого обслуживания, которая привела в 1940 г. на участке к резкому снижению инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, дифтерия, коклюш) среди детей раннего и старшего возрастов.

Тов. Шапиро высказала пожелание расширить этот опыт на большом материале и сделать окончательные выводы на основании полученных результатов.

В конце заседания выступил принимавший участие в совещании народный комиссар здравоохранения Союза ССР Г. А. Митерев, который указал, что в ряде областей и союзных республик органы здравоохранения еще не перестроили своей работы в деле детского здравоохранения таким образом, чтобы добиться максимальных успехов по снижению детской заболеваемости. В целях наиболее эффективной борьбы с детской заболеваемостью тов. Митерев предложил органам здравоохранения на местах широко использовать всю медицинскую сеть, начиная с участкового врача на селе. Рост медицинских кадров и сети создали все условия для обслуживания первично заболевших детей на дому. Одна из основных задач 1941 г. состоит в том, чтобы полностью и своевременно охватить профилактическими прививками все детское население и развернуть массовую санитарно-просветительную работу, придав ей наиболее интересные формы.

Совещанием принята резолюция, наметившая целый ряд мероприятий по дальнейшему улучшению работы в области детского здравоохранения.

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

«Медгиз»

ВЫШЛИ ИЗ ПЕЧАТИ:

Под ред. проф. Сперанского Г. Н., Организация и работа городских яслей (руководство для врачей). Ц. 13 руб.

Кваша, Лозунги по борьбе с летними поносами. Ц. по 10 к.