

Вопросы  
МАТЕРИНСТВА  
*и*  
МЛАДЕНЧЕСТВА

5

НАРКОМЗДРАВ СССР · МЕДГИЗ  
МОСКВА · 1941



# ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА

Ответственный редактор Ф. И. ЗБОРОВСКАЯ

Ответственный секретарь М. Ф. ЛЕВИ

1941

Орган НКЗдрава СССР

№ 5

## О ЯСЕЛЬНОМ ПРОЕКТИРОВАНИИ

Зам. наркома здравоохранения РСФСР Н. В. Мананикова

Детские ясли в СССР прошли несколько этапов, прежде чем стать массовым учреждением.

Особенно большое строительство яслей началось после издания декрета правительства от 27.VI.1936 о запрещении абортов. Весь опыт работы яслей до 1937 г. был положен в основу заданий для проектирования ясельного строительства. Строительство ясельных зданий до 1937 г. было невелико по размеру капиталовложений, и строительный лимит на койку установлен не был. Все это было причиной того, что в проектировании того периода были допущены большие излишества. Здания строились с усложненным и преувеличенным набором помещений, благодаря чему увеличивались расходы по содержанию яслей — на отопление, освещение, ремонт и т. д., — удорожалось и тормозилось строительство. В специальном постановлении от 11.VI.1938 г. СНК СССР указал на эти излишества и предложил Наркомздраву СССР дать проекты более простые, более экономные.

Директиву правительства в области проектов яслей для массового строительства можно свести к следующим моментам: 1) выполнение основных требований, диктуемых технологическими процессами, 2) соблюдение оптимальных санитарно-технических условий и 3) величайшая экономия, обусловливаемая необходимостью выстроить в кратчайший срок возможно большее количество ясельных зданий.

Последовавшие за этим указанием правительства проекты 1938 — 1939 гг. дали значительное удешевление строительства койки, но и они имели много недостатков, и поэтому отдел лечебно-профилактической помощи детям Наркомздрава СССР еще в 1938 г. поставил задачу провести углубленную разработку заданий для проектирования яслей.

Было ясно, что ясельное строительство должно исходить из минимума затрат (на строительство и оборудование яслей), но минимум должен быть действительно рациональным: в яслях должно быть все самое необходимое, без чего нельзя обойтись для создания условий, требуемых для сохранения и укрепления здоровья детей и для нормального их воспитания.

При строительстве ясельных зданий следует учитывать, что ребенок в яслях находится продолжительное время. Поэтому в яслях приходится организовать условия для дневного сна детей, прогулок, кормлений, игр, занятий и развлечений. Такой характер работы коренным образом отличает ясли от школы, где дети проводят ограниченное вре-

мя, необходимое только для их обучения. В школе дети учатся, а в яслях дети живут; следовательно, прежде всего необходимо создать в яслях все условия, требуемые для длительного пребывания в них детей.

По поручению отдела лечебно-профилактической помощи детям Наркомздрава СССР Центральный педиатрический институт Наркомздрава СССР (бывш. Институт ОММ) изучил ряд вопросов, характеризующих деятельность яслей в связи с организацией ясельных помещений. Институтом в течение 1938—1939—1941 гг. были разработаны следующие темы: заполняемость ясельных коек, использование ясельных коек; прогулки, причины прогулов; потребность в ясельных койках; заболеваемость детей в яслях; распространение инфекций; весь комплекс работ по организации воспитания детей; формы ясельного обслуживания детей; изучение микроклимата в яслях. Все это помогло разработать ряд основных моментов в проектировании яслей.

В 1938 г. для разработки ясельных нормативов Наркомздрав СССР организовал специальную комиссию, представленную работниками управления лечебно-профилактической помощи детям, Центрального педиатрического института, Госздравпроекта Наркомздрава СССР, бюро стандартизации Наркомстроя и большим количеством лиц, работавших по линии организации ясельного дела в московских учреждениях.

Работа по пересмотру норм строительства началась с обследования яслей и проектов строительства 1936—1937 гг. и 1938—1939 гг.

Анализируя проекты яслей 1936—1937 гг., следует сказать, что в них были чрезвычайно раздуты санитарно-гигиенические и противопожарные мероприятия: туалетная комната, например, была превращена в большой санитарный узел; она подразделялась перегородками на три части; во всех группах для детей старше года были две детские комнаты вне зависимости от формы обслуживания детей.

В целях лучшей организации труда и сокращения графика движения проектировалось множество дверей, а между тем не было предусмотрено обслуживание больных детей в боксе, который по проекту находился далеко от детской комнаты. Удовлетворение противопожарных требований привело к излишнему количеству лестничных клеток, к запрещению деревянных веранд и т. п.

Изучение яслей строительства 1938—1939 гг. в действии вскрыло ряд моментов, затрудняющих работу в них, а также наличие ряда организационных и строительных недостатков.

Сравнение разных проектов в отношении набора групповых помещений и их площадей показывает отсутствие типовости, стандартности, а также игнорирование норм, указанных в проектных заданиях. Некоторые авторы проектов 1938 г. допустили такое сокращение площадей отдельных помещений, что в некоторых комнатах нет возможности расставить самое необходимое оборудование. Недостатки проектов вытекают, конечно, в большой мере из недоработанности проектных зданий, непродуманности способов сокращения кубатуры. Были исключены такие необходимые помещения, как веранда, сушилка при подстирочной, бокс.

Изучение опыта массовых яслей, анализ форм и содержания работы их, а также анализ проектов яслей, элементы помещения которых были чрезвычайно урезаны в проектах 1938 г., дали возможность проработать задания с нормами, очень близкими к кубатуре, предложенной в 1938 г. правительством. Соблюдение в проекте яслей, емкостью выше 40 коек, норм всех недостающих элементов помещения (веранд, боксов, сушилок при подстирочных, медицинской комнаты) дало некоторое увеличение кубатуры. По новым нормативам кубатура превышает кубатуру проектов 1938 г. всего лишь на 10%; более высокое увеличение кубатуры дали проекты на 25 коек (23,6%) и на

40 коек (18,4%). Этому способствовали не только тщательно продуманный набор помещений и проверка площадей на основании экспериментальной расстановки мебели и оборудования, но также учет графиков движения, как это предусмотрено в проектах д-ра Назаровой и архитектора Дунаевского. В качестве стандартов предметов оборудования яслей были приняты образцы, разработанные Педиатрическим институтом Наркомздрава СССР. Была, конечно, учтена работа архитекторов над правильной организацией помещения и над сокращением излишних площадей.

При разработке вопроса учитывалось следующее: 1) типизация набора ясельных групп; 2) нормирование площадей отдельных элементов на основе расстановки необходимого оборудования; 3) стандартизация габаритов разных помещений и конструктивных элементов во всех проектах яслей; 4) создание благоприятных санитарно-гигиенических условий и особенно теплового режима (борьба с излишним количеством окон и другими моментами, способствующими охлаждению помещения); 5) борьба с излишним количеством дверей, использование внутренних шкафов и пр.; 6) борьба с излишествами функционального и архитектурного порядка на основе данных правительства указаний об экономии в массовом строительстве.

Наиболее ярким показателем эффективности работы яслей является уровень заболеваемости ясельных детей. Как показывают данные выборочных обследований работы яслей, заболеваемость детей в яслях еще высока. Наиболее распространенными болезнями являются заболевания дыхательных путей (грипп) и инфекционные (корь).

Отдел лечебно-профилактической помощи детям Наркомздрава СССР поручил Московскому отделу здравоохранения изучить распространение кори в яслях; эти материалы также были использованы комиссией. Данные работы показали, что 1) на организацию борьбы с инфекцией в яслях должно быть обращено больше внимания и 2) в борьбе с распространением инфекции играет существенную роль характер помещений ясельных групп.

Опыт показывает, что полностью изолированное помещение группы с отдельным приемным помещением, при правильной работе и соответствующих навыках персонала, предотвращает распространение инфекции из одной группы в другую, уменьшает количество карантинных дней в яслях и тем самым способствует борьбе с прогулами ясельных коек и с прогулами матерей на производстве. Следует, однако, указать, что имеются отдельные ясли с общим приемным помещением для двух групп, но с квалифицированным персоналом, в которых распространение инфекции из одной группы в другую не больше, чем в яслях с изолированным приемным помещением. Однако при появлении инфекции в группах с общими приемными помещениями такие ясли скорее попадают в затруднительное положение, чем ясли с изолированными приемными помещениями. Надо учитывать, что не только фактический, но и предполагаемый занос инфекции срывает более или менее плановую работу в группе, отвлекает персонал от его нормальной работы, создает нервную обстановку, а при заболеваниях корью травмирует прививаемых детей. Потребность в изолированных приемных помещениях, несомненно, подтверждается практикой. Даже существующие ясли, имеющие общее приемное помещение, практически используют все возможности для организации изолированных приемных помещений и отдельных входов.

В первом этаже обеспечить группы отдельными входами просто. Сложнее обеспечить каждую группу второго этажа отдельной лестничной клеткой, так как она стоит около 15 — 20 тыс. руб. Поэтому в нормах ясельного строительства на 1940 г. предусматриваются отдельные входы для групп, расположенных в первом этаже, и допускается

общая лестничная клетка для двух групп по 20 детей, расположенных во втором этаже. В сменных группах при наличии 30 детей, каждая группа должна иметь отдельную лестничную клетку. Общая лестничная клетка значительно меньше способствует распространению инфекции из одной группы в другую, нежели общие приемные помещения: дети быстро проходят лестницу, лестница хорошо проветривается.

Для борьбы с инфекциями огромное значение имеет возможность быстрого удаления заболевшего ребенка из помещения. В ясельных группах бывает потребность немедленно изолировать ребенка по состоянию его здоровья от коллектива.

В проектах 1936 — 1937 гг. с этой целью были организованы боксы при группах. Однако эти боксы были оторваны от детских комнат и соединялись только с раздевальной, что затрудняло обслуживание и наблюдение за ребенком, находившимся в боксе, и приводило подчас к безнадзорности больных детей. В типовых проектах строительства 1938 — 1939 гг. вместо отдельных боксов при группе была дана общая для всех групп изолационная комната в системе административно-хозяйственных помещений. Но так как для обслуживания ребенка в этом помещении надо было выделять отдельное лицо персонала, то использование этого помещения оказалось мало возможным. Кроме того, объединение в одной комнате нескольких детей с невыясненным состоянием (иногда заразных) из различных групп является с точки зрения борьбы с распространением инфекции недопустимым.

В нормативах по строительству яслей 1940 г. вопрос изоляции детей разрешен путем организации бокса при групповой комнате, который сообщается с детской комнатой окном, а с раздевальной — дверью. При таком решении сестра, работающая в группе, может следить через окно за поведением изолированного ребенка.

Работой яслей за последние 2 года установлено, что здания яслей должны предоставлять широкие возможности для обслуживания в яслях заболевших детей. При этих условиях и фонд ясельных коек может быть использован полностью, и прогулы коек сведены к минимуму. Обслуживание больных детей фактически освободит мать от заботы о больном ребенке и не будет отрывать ее от производственной работы.

Наличие в яслях групп с полностью изолированным помещением позволяет организовать в них временные стационары для обслуживания легких, незаразных заболеваний, а также специальных групп для обслуживания детей коклюшных, с ветрянкой и других детей, контактных по инфекции (корь), взамен домашнего карантина. Опыт показывает, что изоляторы и указанные группы можно организовывать в обычных групповых помещениях при полной изоляции их от постоянных помещений яслей и что сложные изоляторы типа 1936—1937 гг. не нужны.

Большая потребность в обслуживании больных детей особенно подкрепляет целесообразность полностью изолированных групповых помещений.

Для борьбы с заболеваниями дыхательных путей в яслях важно создать нормальный тепловой режим: охлаждение и перегревание могут резко влиять на самочувствие и здоровье детей. Известно, что охлаждение способствует заболеванию гриппом, а в яслях имеются некоторые моменты, которые увеличивают этот риск.

По данным выборочных обследований, на заболевание дыхательных путей приходится от 33 до 60% случаев и от 38 до 66 детодней прогулов по болезни.

Кроме мероприятий общего оздоровительного характера, повышающих иммунитет ребенка и укрепляющих его здоровье, борьба с гриппом в детских коллективах должна вестись путем широкой аэрации

помещения при условии, чтобы ребенок не подвергался резкому охлаждению и влиянию значительных колебаний в температуре.

Тепловой режим обеспечивается не только правильным отоплением и вентиляцией, но и предотвращением всех других моментов, способствующих резкому охлаждению помещений.

Большое охлаждение детской комнаты вызывается непосредственной связью их с верандами и балконами при отсутствии теплого тамбура. При выносе детей на веранду двери открываются, хотя и на короткое время, до 40 раз, при этом сильно охлаждается помещение. Вот почему при верандах необходимо устраивать просторный, теплый тамбур, и детская комната должна помещаться за третьей дверью от веранды.

Недостаточная влажность воздуха также оказывает влияние на здоровье ребенка: сухой воздух раздражает слизистые рта и зева, сушит их и предрасполагает ребенка к заболеванию гриппом. Особенно низкая влажность воздуха бывает вблизи отопительных приборов при центральном отоплении. Из этих соображений правильно устраивать окна лишь с одной стороны здания, так как радиаторы помещаются обычно под окнами.

В целях борьбы за чистоту воздуха, помимо всего прочего, необходимо принять меры против проникновения запахов из кухни и подстрирочной путем устройства шлюза при кухне и двойных дверей при подстрирочной.

Большое значение имеет перегрев здания в летнее время, и потому комиссия ввела в нормы проработку отдельных проектов для разных климатических районов со специальной ориентировкой и конструкцией.

Для правильного развития детей, укрепления их здоровья и повышения иммунитета необходимо рационально разрешить все моменты жизни коллектива: условия сна и бодрствования, организацию кормления, ухода, оздоровительных мероприятий, игр, занятий.

Комнаты, предназначенные для бодрствования, выполняют функцию и столовой, и игралки, а в морозные дни и функцию спальни.

Комнаты детей должны быть таких размеров, чтобы в них могло быть размещено все необходимое оборудование для указанных процессов. Кроме того, в этих комнатах должно быть достаточно места для движения и игры детей.

Количество комнат для пребывания в них детей зависит от формы работы группы. В односменных группах при наличии веранды достаточно одной комнаты, при сменной работе группы необходимо иметь вторую комнату, так как в течение 2 часов, когда фактически сменяются дети, в группе бывают одновременно дети двух смен.

Вторая смена детей, как правило, значительно меньше первой, и поэтому вторая комната должна быть меньше.

Необходимость во второй комнате при сменной работе объясняется тем, что поступление детей второй смены в комнату первой смены нарушает режим и покой детей первой смены.

При двухсменной работе группу надо рассматривать как единую и не искать путей полного разобщения помещения. После ухода основной массы детей первой смены, оставшиеся дети объединяются в большей комнате вместе с детьми второй смены.

Таким образом, в новых нормах вопрос о помещении разрешается дифференцированно в соответствии с формой обслуживания, причем двухкомнатные секции, в противовес проектам 1936 — 1937 гг., даются и для групп грудных детей, в которых чаще всего организуется сменность.

В яслях должны быть созданы наиболее благоприятные условия для полноценного дневного сна детей. Для этого необходимы веранды или террасы, на которых дети могут проводить свой дневной сон почти

в течение круглого года, за исключением нескольких самых холодных дней. Опыт показывает, что веранды могут быть использованы очень широко и в холодное время. В средней полосе нашей страны дети до года, как правило, не могут спать зимой на веранде самое большое в течение 4—5 недель, а дети старше года — 10—12 дней. Известно, что на верандах температура значительно выше температуры наружного воздуха. На веранде, как показывает опыт, дети очень быстро засыпают и спят глубоким сном все полагающееся для сна время. Усыпляющее действие на детей свежего воздуха создает возможность достичь того, что все дети засыпают и спят одновременно в положенные им по режиму часы, а затем, выспавшись, все одновременно хорошо бодрствуют. Тем самым четко отграничиваются во времени сон и бодрствование, начиная с первых месяцев их жизни, что и является основным условием для построения правильного режима во всех группах. Такой способ регулирования сна и бодрствования детей создает не только условия для проведения режима, но одновременно является и основным оздоровительным мероприятием, обеспечивающим пользование детей наиболее чистым воздухом.

Веранды, оторванные от детских групп (устроенные во дворе), имеют более низкую температуру, а кроме того, вынос детей на них затрудняет работу персонала, и поэтому даже небольшая непогода может легко явиться достаточной причиной для организации сна детей в комнате.

Чрезвычайно важно предусмотреть возможность использования остекленных веранд в летнее время в виде открытых террас. Для этого окна веранд следует устраивать съемными и все летнее время хранить их в кладовой или сарае.

Ванная и туалетная-горшечная в новых нормах получили решение значительно более простое, чем в проектах 1936—1937 гг. Дано одна комната с неполной перегородкой для унитаза, который используется и для нужд персонала.

В отношении административно-хозяйственных помещений в новых нормативах нашла себе место медицинская комната, исключенная из проектов 1938 г.

При обследовании яслей требования к помещению обсуждались с работниками яслей, и выявилось единодушное мнение всех работников, что медицинская комната необходима. Комната эта является местом осмотра врачом вновь принимаемого ребенка, и в этой же комнате детей подвергают облучению квартцем.

В новом проекте норм разрешен и вопрос стирки белья, который был также забыт в проектах 1938 г. Обеспечение детей одеждой в яслях есть важнейший гигиенический момент: недостаток белья может вести к нарушению теплового режима ребенка, к недостаточному уходу за ним и загрязнению воздуха в помещении. Во всех проектах 1938 г. были даны лишь небольшие подстирочные без сушилок, что чрезвычайно затрудняло стирку белья.

Опыт всей работы яслей говорит о том, что ясли должны быть, по возможности, максимально приближены к жилью. Ясли-гиганты себя не оправдали. Комиссия установила, что типовые проекты должны быть мощностью не больше 120 коек, причем оптимальным типом являются ясли на 80 коек, рекомендуемые только для больших городов. Нормативы предусматривают также организацию яслей в комплексе жилых домов, что наиболее приближает ясли к жилью. Для грудных детей устраивают ясли при производственных помещениях.

Кроме правильной организации помещения яслей, необходима организация детских площадок.

Детские площадки используются в течение круглого года: зимой — для прогулки детей, весной — для более длительного пребывания на

воздухе, а летом на площадки переносится вся работа с детьми в течение всего пребывания их в яслях.

Широко распространено такое явление, что выстроенное здание яслей сдаают в эксплуатацию в то время, когда площадка не только не оборудована, но даже и не огорожена, что лишает возможности ее использовать и наносит весьма существенный ущерб всей оздоровительной и воспитательной работе, а тем самым здоровью и развитию детей. В нормах предусмотрено, что здание не может быть сдано в эксплуатацию без одновременной сдачи вполне оборудованной площадки для детей.

В результате критики ясельного проектирования удалось добиться значительного улучшения в деле проектирования яслей и сокращения стоимости строительства ясельной койки. Нормативы, проработанные комиссией Наркомздрава СССР, предусматривают следующее:

- 1) изолированные помещения каждой детской группы с отдельным приемным помещением (состоящим из двух комнат), с отдельным входом; допускается устройство одной лестничной клетки для двух групп по 20 детей;
- 2) бокс при каждой группе, соединяющийся окном с детской комнатой, а дверью с приемной или раздевальной, предусмотренный для изоляции заболевшего ребенка;
- 3) одна комната пребывания детей в односменных группах и две комнаты — в двухсменных;
- 4) наличие при каждой группе веранды или террасы с теплым тамбуром;
- 5) введение в комплекс административно-хозяйственных помещений яслей, емкостью 60 коек и больше, медицинской комнаты;
- 6) устройство при яслях подстирочных или прачечных с сушилками для белья.

## К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

*М. Я. Турецкий*

Из клиники невропатологии и психиатрии детского возраста (зав.— М. М. Модель)  
Центрального педиатрического института НКЗдрава СССР

Невропатология, занимающая значительное место при изучении детей школьного возраста, еще очень медленно проникает в стены детской консультации. При большом развертывании сети детских консультаций и патронажной работы на дому значительное место уделяется изучению соматического состояния ребенка и еще очень мало фиксируется внимание на его психоневрологической сфере. В настоящее время уже не возникает сомнения в том, что нервные заболевания являются уделом не только зрелого возраста; клинические наблюдения показывают, что большое количество нервных заболеваний имеет свои корни в раннем детстве. Заболевания невропсихической сферы в детском возрасте очень часты. По данным Иогихеса, при анализе заболеваний нервной системы по возрастам видно, что наибольшее число заболеваний приходится на возраст до 1 года. По Гундобину, среди заболеваний детского возраста на долю болезней невропсихической сферы приходится 40% всех заболеваний детского возраста. Причину частоты заболевания нервной системы в раннем возрасте необходимо искать в анатомических и физиологических особенностях детского мозга. По мнению Маргулиса, Иоги-

хеса и целого ряда других авторов, быстрый рост мозга и связанный с этим усиленный обмен веществ являются моментом, понижающим общую сопротивляемость мозга, а обилие сосудов в детском мозгу обусловливает особую неустойчивость в его физиологическом равновесии.

При анализе нервных заболеваний детского возраста обращает на себя внимание, что часто в патогенезе этих заболеваний лежит ряд факторов, влияющих на мать во время беременности, и в первую очередь инфекций и интоксикаций, нарушающие развитие зародыша и вызывающие резидуальные энцефалопатии, олигофрении и другие клинические формы поражения центральной нервной системы. Известно, что в целом ряде случаев при тяжелых затянувшихся родах, при преждевременном отхождении вод, при асфиксии возникают грубые поражения мозга, вызывающие липтлевский симптомокомплекс, эпилепсию, микроцефалию и другие формы поражения центральной нервной системы. Нарушения функций нервной системы, связанные с родовой травмой, по данным целого ряда авторов, могут наступать спустя некоторые сроки после рождения, что объясняется различными мелкими множественными геморрагиями, возникающими в послеродовом акте как в результате сдавливания головки плода, так и вследствие разницы между внутриматочным давлением и давлением во внешней среде.

Одним из важнейших факторов заболеваний центральной нервной системы являются различные инфекции, в результате которых возникают первичные и вторичные энцефалиты. К первичным поражениям центральной нервной системы, кроме энцефалитов, относятся также полиомиэлиты, энцефаломиэлиты и др. Что касается вторичных энцефалитов, то, по мнению большинства исследователей, нет той инфекции, которая не могла бы осложниться у ребенка явлениями со стороны нервной системы. Корь, грипп, пневмония предрасполагают к энцефалитам; энцефалиты встречаются также при скарлатине, дизентерии, дифтерии и малярии; энцефаломиэлитами осложняются коклюш, ветрянка, а также и вакцинация.

За последнее время внимание врачей привлекают к себе острые нейротропные инфекционные заболевания нервной системы, в частности, различные «вспышки» энцефалита. Наряду с тщательным изучением лептогического энцефалита с последующими явлениями паркинсонизма в последние годы, благодаря большой комплексной работе ВИЭМ, тщательно изучена эпидемиология, клиника, терапия и профилактика весеннелетнего и осеннего энцефалитов. Среди детей, так же как и среди взрослых, в последнее время довольно часто встречаются больные с явлениями энцефалита коркового и подкоркового происхождения, с эпилептическими припадками. Сейчас в целом ряде клиник изучаются случаи острого полиэнцефаломиэлита, ромбэнцефалиты и оптикоэнцефалиты. В настящее время фиксировано внимание (Присман, Чумаков) на своеобразной форме детского энцефалита в Свердловске, где основная группа заболеваний протекает как диффузное поражение центральной нервной системы. Некоторые формы сопровождаются бульбарными явлениями, а у большинства оно имеет характер полирадикулоневрита. Совершенно своеобразная форма энцефалита отмечается (Попова, Евзерова, Слободская и др.) на Украине, протекающая с нарушением равновесия, резкой гиперестезией слухового и зрительного нервов, расстройством восприятия и другими психическими изменениями<sup>1</sup>.

Среди инфекций нервной системы значительное место отводится гриппу. Целым рядом авторов (Гейманович, Гамарник, Хазанов, Визен, Дехтерев, Декринис, Бейтуа и др.) установлено, что грипп является нейротропной инфекцией и, как показывают эти наблюдения, при любой форме гриппа превалирующее место занимает поражение нервной системы (го-

<sup>1</sup> Из докладов на расширенном пленуме Общества невропатологов и психиатров, январь 1940.

ловные боли, расстройство сна, бред, вегетативные симптомы и др.). Дехтерев пишет, что за исключением сыпного тифа ни одна инфекция не поражает так сильно мозг и его оболочки, как грипп, который может быть, по его мнению, причиной энцефалита или менингоэнцефалита. Рейх, описывая эпидемии инфлюэнзы 1918—1919 гг., указывает на то, что в ряде случаев это заболевание протекало с тяжелыми головными болями, болями в затылке, неподвижностью позвоночника и делирием (дрожанием). У значительного количества больных спинномозговая жидкость вытекала под очень большим давлением с значительным цитозом, а на секции во многих случаях был обнаружен истинный гриппозный менингит. По мнению этого автора, особенную предрасположенность к гриппозному вирусу имеет детский мозг. Эти соображения высказываются также целым рядом авторов (Клингер, Донгласс, Индель и многие другие).

При анализе свыше пяти тысяч поликлинических историй болезни, прошедших за последние 5 лет (1935—1940) через невропатологический прием в поликлинике Центрального педиатрического института (бывш. ОММ), мы обратили внимание на то, что значительное большинство больных направляется к невропатологам с подострыми, а большей частью с хроническими формами энцефалита различной инфекционной этиологии (грипп, корь, коклюш, ветрянка, пневмония и др.) и только единичные случаи консультируются в остром периоде заболевания.

Задачей настоящей работы является ознакомление широкого круга практических педиатров с некоторыми ранними симптомами энцефалита в детском возрасте. Не останавливаясь подробно на развернутой клинической картине различных энцефалитов в детском возрасте, укажем только на наиболее часто встречающиеся симптомы поражения нервной системы при энцефалитах у детей в раннем возрасте.

Из литературных данных и собственных наблюдений известно, что в ряде случаев картине энцефалита предшествует гриппозное состояние, сопровождающееся насморком, кашлем, бронхитом, общей слабостью, часто с расстройством кишечника; грудные дети в этом периоде обычно отказываются брать грудь. У большинства детей энцефалиты начинаются с высокой температуры, сопровождаются судорогами и эпилептическими припадками. Одним из ранних симптомов поражения центральной нервной системы у детей является расстройство сна—сонливость или чаще бессонница, общее беспокойство, двигательная возбудимость. Часто в начальном периоде отмечается изменение сознания, которое протекает в виде общей заторможенности или доходит до тяжелой комы у детей более старшего возраста. Из невропатологических симптомов чаще всего встречаются глазодвигательные расстройства, и при исследовании в этих случаях находят параличи III, IV и VI пар нервов, птоз, косоглазие, нистагм, анизокорию, неправильную форму зрачков и нарушение реакции; весьма часто наблюдается парез аккомодации и конвергенции. У этих же больных иногда отмечается парез лицевой мускулатуры. Одним из ранних симптомов энцефалитического поражения довольно часто являются различные непроизвольные мелкие хореоатетонические движения, дрожание конечностей, а в раннем детском возрасте—мелкое дрожание головы. Этот симптом очень часто просматривается родителями и врачами и сплошь да рядом принимается за шалость, каприз, дурную привычку ребенка и только при последующем нарастании его такие больные дети становятся предметом консультации с невропатологом. В сравнительно редких случаях уже в самом начале заболевания отмечаются более грубые невропатологические симптомы, как парезы, параличи конечностей, нарушение тонуса и моторики ребенка, но обычно в первые периоды заболевания можно выявить только микроневрологическую симптоматику.

Исследуя психоневрологическую сферу ребенка в раннем возрасте, необходимо помнить о наличии хореоатетонических движений в гипертонии у детей в первые недели после рождения. В более позднем пери-

оде эти явления могут свидетельствовать о поражении пирамидной или экстрапирамидной системы. При исследовании рефлексов нельзя забывать, что у детей раннего возраста все рефлексы склонны к иррадиации и по мере развития ребенка рефлекторная его деятельность начинает принимать все более локальный характер. Группа «пирамидных рефлексов» в возрасте до 2—3 лет должна рассматриваться как физиологическое явление, и только асимметрия пирамидных знаков (наличие их на одной стороне при отсутствии на другой), а также отсутствие их в этом возрасте заставляют нас более тщательно искать еще какие-либо очаговые микросимптомы.

Значительную трудность представляет исследование у детей раннего возраста состояния их двигательной сферы. Иогихес, Модель и др. рекомендуют до исследования ребенка наблюдать за ним: в это время выявляется его мимика с аномалиями со стороны глазодвигателей и лицевых нервов, а также нарушение моторики и наличие непроизвольных движений. Одним из ранних симптомов энцефалита у детей являются различные изменения функции вегетативных отделов, и здесь на первом плане необходимо поставить различные возомоторные нарушения, усиление потоотделения, нарушение ритма дыхания и сердечной деятельности, вегетативные кризы, нарушение мочеиспускания, спастические запоры; в единичных случаях мы наблюдали также различные изменения механической возбудимости мышц и нервов. При острых заболеваниях центральной нервной системы одним из ранних симптомов отмечается нарушение функций органов чувств, но исследование этих органов у детей в раннем возрасте в поликлинических условиях является весьма затруднительным.

На ранних этапах энцефалитов в детском возрасте мы наблюдали различные звуковые, тактильные и световые гиперестезии. Явления повышенного внутричерепного давления — головные боли, рвота, частые срыгивания, замедление пульса, напряжение родничка, запрокидывание головки — сплошь да рядом являются первым клиническим проявлением энцефалита (менинго-энцефалита) у детей раннего возраста. Повышенное давление спинномозговой жидкости при люмбальной пункции, даже незначительное изменение цитоза и белковоклеточных реакций заставляют думать о наличии воспалительных процессов в центральной нервной системе. Для ранней диагностики энцефалитических заболеваний у детей необходимо значительно шире применять амбулаторно люмбальные пункции, тем более что пункция в этих случаях сплошь да рядом является хорошим терапевтическим фактором, понижающим внутричерепное давление, и приносит значительное успокоение больным, находящимся в состоянии двигательного возбуждения.

Приведем несколько кратких поликлинических историй болезни.

1. Б-ва обратилась в сентябре 1939 г. в поликлинику по поводу того, что месяц назад у ее ребенка Т., 1 года 2 месяцев, после гриппа с катаральными явлениями и высокой температурой в течение нескольких дней скосило внутрь глазки, начались подергивания век, ребенок стал плохо спать, сделался капризным, плаксивым и раздражительным. При поликлиническом обследовании была отмечена незначительная амимия лица, общая заторможенность, сходящийся стрabизм, недостаточная реакция зрачков на свет, спонтанный горизонтальный нистагм при крайних положениях и усиленное, почти непрерывное мигание верхними веками. У ребенка отмечались также недостаточная координация в верхних конечностях, мелкие дрожания кистей. Сухожильные рефлексы высокие. Пирамидные знаки в пределах возраста. Диагноз: подострые явления после энцефалита с подкорковой локализацией.

Ребенку была назначена физиотерапия (диатермия мозга) и иодистые препараты внутрь. После 6-недельного систематического лечения все патологические симптомы исчезли, и ребенок совершенно поправился.

2. Д-на обратилась в поликлинику с жалобами, что у ребенка И., 1½ года, 6 месяцев назад, после «гриппа» с высокой температурой, катарральными явлениями и поносом в течение нескольких дней наблюдалось трясение головки. При поликлиническом обследовании у ребенка обнаружено сходящееся косоглазие, мелкий осцилляторный нистагм и почти непрерывное дрожание головки, очень лабильные вазомоторы и высокие сухожильные рефлексы. Речь и интеллект ребенка в пределах возраста. При лумбальной пункции обнаружено: цитоз 13 в 1 см³, белок 0,2%о, реакции Панди и Нонне-Апельта отрицательные. Диагноз: резидуальные явления после энцефалита с подкорковой локализацией. Ребенок направлен в клинику для стационарного лечения, где после проведения курса физиотерапии (диатермия мозга) все патологические явления прошли.

3. А-ва обратилась в поликлинику 9.XII с жалобами, что ребенок В., 1 года 2 месяцев, в течение нескольких недель болел «токсической диспепсией», а несколько дней назад начал косить глазами, перестал реагировать на свет, стал плохо спать и сделался очень капризным. При поликлиническом обследовании обнаружено общее беспокойство, повышенная двигательная возбудимость. Родничок напряжен, на дне глаза отмечено четкое побледнение сосков зрительных нервов (начальная атрофия). У ребенка констатировано сходящееся косоглазие, симптом Грефе, спонтанный круговой и ротаторный нистагм, а также резко выраженная общая гиперестезия. Больному сделана лумбальная пункция: спинномозговая жидкость вытекала под большим давлением; цитоз в жидкости 112 в 1 см³, белок 0,03 %о, реакции Панди и Нонне-Апельта слабо положительные. Диагноз: подострые явления после оптикоэнцефалита. Ребенок направлен в клинику для стационарного лечения.

4. С-ва обратилась на клинический прием с жалобами, что у ребенка, 1 года 7 месяцев, в возрасте 1 года 2 месяцев после какого-то заболевания, протекавшего с катарральным явлениями и высокой температурой в течение нескольких дней, развились эпилептические припадки с закатыванием глаз и судорогами. Постепенно количество припадков нарастало, и ребенок начал отставать в развитии. При обследовании обнаружены: амимичное, маскообразное лицо, небольшое, сходящееся косоглазие, несколько сложенная правая носогубная складка, вяловатая реакция зрачков на свет, плохая координация движений, асимметрия Бабинского (справа отсутствует, слева вызывается), небольшая гипертония, очень лабильные вазомоторы и резко повышенная саливация. Ребенку была сделана амбулаторно лумбальная пункция. Спинномозговая жидкость вытекала под значительным давлением, и при исследовании обнаружен цитоз 17 в 1 см³, белок 0,06 %о, реакции Панди и Нонне-Апельта слабо положительные. Диагноз: эпилепсия после энцефалита. Ребенок направлен в клинику для стационарного лечения.

Мы не привели в этой работе многих историй болезни детей, прошедших через наш поликлинический прием с острым поражением центральной нервной системы, в которых диагноз энцефалита был поставлен уже в начальных стадиях этого заболевания.

Мы остановились только на нескольких случаях с подострыми и остаточными явлениями энцефалита, где, однако, клиническая картина была уже достаточно развернута. На основании ретроспективного анализа течения болезни этих и аналогичных встречающихся случаев мы приходим к заключению, что диагноз энцефалита мог быть поставлен лечащими врачами своевременно уже с первых дней заболевания.

#### Выходы

1. В мозгу ребенка раннего возраста в силу его анатомо-физиологических особенностей, а также повышенной проходимости гемато-энцефалического барьера имеются благоприятные условия для развития воспа-

лительных процессов в центральной нервной системе, в частности, энцефалитов различной этиологии.

2. Значительная часть энцефалитов в раннем возрасте протекает в самом начале с микроневрологическими симптомами, а потому в детских консультациях и поликлиниках при любом инфекционном заболевании необходимо, наряду с исследованием соматического состояния ребенка, фиксировать внимание на состоянии психической, моторной, рефлекторной и вегетативной сферах ребенка.

3. Наиболее ранние симптомы поражения центральной нервной системы при энцефалитах в раннем детском возрасте встречаются со стороны психической и моторной сфер. Весьма ранними симптомами при этом заболевании являются различные расстройства функций стволового отдела центральной нервной системы, различные очаговые симптомы, а также симптомы повышенного внутричерепного давления.

4. Ранняя диагностика энцефалитов имеет важное значение в связи с тем, что раннее начало лечения (физиотерапия, химиотерапия и др.) дает значительно больший эффект, чем применение тех же методов лечения в более позднем периоде заболевания.

5. Все случаи с подозрением на поражение центральной нервной системы должны консультироваться с невропатологами и возможно ранее направляться для стационарного лечения.

## РОЛЬ ПАТРОНАЖНОЙ СЕСТРЫ В БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*М. Шилянникова*

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

Значение патронажной сестры в оздоровлении детей чрезвычайно велико. Наблюдая ребенка с первых дней его жизни, она вносит в семью все те необходимые знания и навыки, которые помогают выраживать крепкого, здорового ребенка. Патронажной сестре приходится иметь дело с разными родителями — культурными и грамотными и малограмотными; она должна уметь удовлетворять запросы тех и других. Отсюда понятно, что патронажная сестра должна быть квалифицированным, культурным медицинским работником, хорошо умеющим ориентироваться во всякой обстановке.

Не касаясь здесь роли патронажной сестры в деле вскармливания, ухода, гигиены ребенка и пр., мы хотим подробнее остановиться на вопросе о том, в какой мере патронажная сестра может помочь предупреждению инфекционных заболеваний.

Как известно, в борьбе с инфекционными болезнями мы ставим себе в основном две задачи: во-первых, предупредить возникновение заболевания и, во-вторых, в случае его возникновения не допустить дальнейшего его распространения. Патронажная сестра, будучи ближайшим помощником врача, активно содействует проведению организационных мероприятий в борьбе с инфекционными заболеваниями, внедрению санитарной культуры в быт. В разных лечебно-профилактических детских учреждениях (консультация, ясли, больница и т. д.), функции патронажной сестры несколько различны, однако в них есть и много общего.

Для того чтобы успешно выполнить указанные выше задачи в борь-

бе с инфекционными заболеваниями, патронажная сестра должна прежде всего хорошо знать, что такое инфекция, какие бывают инфекционные заболевания, как они распространяются, каковы инкубационные сроки и первоначальные симптомы каждой болезни. Это даст ей возможность правильно ориентироваться в эпидемиологической обстановке, правильно информировать врача и эпидемиолога.

С другой стороны, патронажная сестра делится своими знаниями с матерями в индивидуальных беседах и на примерах конкретных случаев заболеваний. Сестра должна внушить родителям чувство ответственности за заражение не только своего, но и чужого ребенка, а тем более за внесение инфекции в коллектив. Она должна объяснять им, в каких случаях ребенка нельзя нести на прием в консультацию или в ясли, а надо вызвать врача на дом. Ей следует ознакомить их с сущностью профилактических прививок против дифтерии, кори, разъяснить необходимость дачи крови для приготовления противокоревой сыворотки.

В крупных жакатах, общежитиях, колхозах сестра может организовать родительский актив или санитарные тройки, которые являются ее лучшими помощниками в борьбе с инфекцией и первыми сигнализаторами о неблагополучии на их участке.

Таковы общие задачи патронажной сестры в борьбе с инфекционными болезнями независимо от того, в каком детском учреждении она работает. Перейдем теперь к особенностям работы сестры в каждом лечебно-профилактическом учреждении.

### Работа патронажной сестры консультации

Работа патронажной сестры консультации строится по определенному плану. Хорошо зная контингент подлежащих патронажу детей своего участка, сестра должна иметь точный график своих посещений, уделяя особое внимание детям ослабленным и живущим в менее благоприятных бытовых условиях, в частности, детям, живущим в общежитиях. Кроме того, сестра делает посещения по назначению врача, а также по срочным вызовам к больным детям.

При своих посещениях сестра всегда должна выяснить, нет ли в данном доме, квартале, общежитии больных детей. При этом она должна иметь в виду не только маленьких, но и старших детей, которые могут явиться источником заражения для младших. Обнаружив больного ребенка, подозрительного по инфекции, сестра немедленно вызывает врача и одновременно принимает меры к изоляции больного ребенка от других детей (выделение отдельной кроватки, посуды, полотенца, игрушек). Если диагноз инфекционного заболевания подтверждается, сестра принимает следующие меры:

- 1) помогает врачу в госпитализации больного ребенка;
- 2) обучает мать, как подготовить помещение, мебель и прочее оборудование квартиры для последующей дезинфекции;
- 3) если заболевший ребенок посещал детский коллектив, немедленно извещает последний о заболевании ребенка;
- 4) берет на учет всех детей, соприкасавшихся с больным ребенком, и обо всех этих детях немедленно сообщает в те детские коллективы (ясли, детские сады, площадки, школы), которые они посещают; при этом она указывает характер инфекции и дату контакта;
- 5) в зависимости от характера заболевания проводит по указанию врача те или иные мероприятия: при дифтерии снимает посевы у близко соприкасавшихся с больным детям; при кори — вводит по указанию и под руководством врача противокоревую сыворотку всем не болевшим корью детям, живущим в одной квартире или общежитии с больным ребенком;

6) собирает родителей данного дома или общежития и проводит с ними беседу по поводу данной инфекции, разъясняя пути ее распространения (заражения) и методы профилактики.

Так как в состав патронируемых детей участка входят все дети раннего возраста, не только неорганизованные, но и организованные, то патронажная сестра должна особенно заботиться о том, чтобы своевременно сигнализировать о случае инфекции детским коллективам, прежде всего тому, к которому принадлежал заболевший ребенок, а затем — остальным, дети которых имели контакт с инфекционным больным.

В самой консультации патронажная сестра ведет инфекционную карту своего участка, куда она немедленно вносит дату инфекционного заболевания, диагноз, улицу, дом, квартиру. Это дает возможность в случае прихода на консультацию ребенка из инфекционного очага не допустить его на общий прием, а вызвать к нему врача на дом и тем самым предупредить возможность заражения других детей в консультации.

Приведем пример. Известно, что на улице N в таком-то доме и квартире есть больной корью. Дети, не болевшие корью и встречавшиеся с этим больным, получили прививку и сейчас находятся в инкубационном периоде. Несмотря на то, что сестра своевременно объяснила матерям недопустимость посещения ими консультации, все же одна из матерей, нарушив этот запрет, пришла с ребенком на прием. Сестра фильтра, узнав от матери адрес и сверив его с инфекционной картой, устанавливает опасность принесенного ребенка для других детей; она немедленно отправляет ребенка домой, записав вызов к нему врача на дом, и тем самым спасает от заражения детей, находящихся в это время в консультации.

При направлении ребенка в больницу патронажная сестра предварительно обследует ребенка на дому, тщательно выясняет, не встречался ли он с инфекционными больными, не было ли поблизости от него в течение последних 4 недель инфекционных заболеваний, и о результатах обследования сообщает врачу, направляющему ребенка в больницу. Если в квартире или общежитии, откуда ребенок направлен в больницу, заразное заболевание выявляется через 1—5 дней после госпитализации ребенка, патронажная сестра немедленно сообщает об этом врачу участка и в больницу.

### Работа патронажной сестры яслей

Патронажная сестра яслей выполняет очень важную и ответственную работу по предупреждению заноса инфекционных заболеваний в ясли.

Прежде всего она проверяет в этом отнесении вновь поступающих детей. До приема нового ребенка в ясли сестра производит обследование на дому и тщательно выясняет все возможности заражения за последние 4 недели не только в квартире, где живет ребенок, но и во всем доме. Она подробно расспрашивает мать, где та бывала с ребенком за последнее время и не было ли там больных детей. Если обнаруживается что-нибудь сомнительное, сестра обследует и те квартиры, где бывал ребенок, подлежащий приему в ясли. После выяснения всех этих подробностей сестра сообщает о результатах проведенного обследования эпидемиологу, который и дает разрешение на прием ребенка в ясли.

Патронажная сестра должна помнить о том, что чаще всего источником заноса инфекции бывают дети тех матерей, которые еще недостаточно грамотны в санитарном отношении и которым еще не при-

вито чувство ответственности за занес инфекции в ясли. С такими материами она должна неустанно и терпеливо работать.

Другой раздел работы ясельной патронажной сестры касается детей, посещающих ясли. Ежедневно проверяя, кто из детей не явился в ясли, патронажная сестра обязана не позднее чем через 24 часа посетить этого ребенка на дому и выяснить причину его отсутствия в яслях.

Учитывая, что больные дети из яслей только частично обслуживаются ясельным врачом, большая же часть детей получает врачебную помощь из детской консультации (по месту жительства), патронажная сестра обращает особое внимание на тех детей, которые обслуживаются консультацией. Навестив такого ребенка, сестра должна немедленно позаботиться о вызове к нему врача консультации с тем, чтобы своевременно поставленным диагнозом обеспечить немедленное проведение профилактических мер в яслях.

Приведем пример. Ребенок А. 1.1 не явился в ясли. По месту жительства этот ребенок обслуживается врачом консультации. Сестра в тот же день навещает ребенка на дому, принимает на месте меры к его изоляции от других детей, вызывает врача на дом и спрашивается у него о диагнозе. При первом посещении врач сомневается в диагнозе и только на следующий день, т. е. 2.1, устанавливает, что ребенок болен корью. Сестра немедленно сообщает об этом в ясли, и там проводятся прививки всем детям, не болевшим корью и имевшим контакт с больным ребенком.

Из этого примера видно, как важно, чтобы патронажная сестра во-время позаботилась о выяснении диагноза у заболевшего ребенка. В противном случае сигнал из консультации может поступить не так скоро, что значительно снизит эффективность профилактических мероприятий в яслях.

Если в квартире, доме, общежитии, где заболел ясельный ребенок, имеются дети, посещающие другие детские учреждения, патронажная сестра яслей сама оповещает эти учреждения или обеспечивает сигнализацию через эпидемиолога, врача участка или патронажную сестру консультации.

### Р а б о т а п а т р о н а ж н о й с е с т р ы б о л ь н и ц ы

Борьба с внутрибольничными инфекционными заболеваниями тесно связана с правильной сигнализацией между лечебно-профилактическими учреждениями. Каждый ребенок, направленный в больницу консультацией, яслями или поликлиникой, должен быть обследован на дому с целью выяснения возможности его контакта с инфекционными больными. Это должно быть отражено в сопроводительной карте, с которой больной направляется в больницу. Однако практика показывает, что дети часто поступают в больницу без сопроводительной карты, а при тщательном опросе матери иногда возникают подозрения на возможность встречи ребенка с инфекционными больными. Здесь на помощь приходит патронажная сестра, которая направляется на дом, а в случае необходимости и в консультацию или поликлинику, и тщательно выясняет все возможности контакта данного ребенка с инфекционными больными.

Если сестре удается установить, что ребенок встречался с инфекционными больными, то его помещают либо в изолятор больницы, либо в контактное отделение, и этим предупреждают занос вторичной инфекции в отделение больницы.

Если больнице приходится выписывать детей, имевших контакт с инфекцией в больнице, то патронажная сестра оповещает об этом эпи-

демиолога участка и те детские учреждения, которые посещаются детьми данной квартиры, дома, общежития.

С другой стороны, дети, контактировавшие в больнице с каким-либо инфекционным заболеванием и выписанные до конца инкубационного периода, подлежат обследованию на дому, для того чтобы выяснить, кто из них заболел. Это дает возможность правильнее учесть процент внутрибольничных заболеваний, а также эффективность профилактических мероприятий, проводимых в больнице.

Кроме того, в случаях, когда инфекционное заболевание (корь, ветрянка) обнаружилось в больнице в течение первых 4—5 дней после выписки ребенка, патронажная сестра своевременно сообщает об этом в коллектив, который посещает ребенок, и в консультацию по месту жительства его.

Приведем пример. 5.I ребенок выписан из больницы, причем ему дана справка, что в больнице инфекционных заболеваний нет и что он может посещать ясли. 8.I в отделении больницы, где лежал выписанный ребенок, обнаруживается случай кори; это означает, что ребенок успел заразиться корью. Патронажная сестра больницы немедленно посещает ребенка, делает ему по указанию врача противокоровую прививку и сообщает в ясли о контакте этого ребенка с корью. Кроме того, сестра сообщает об этом и в консультацию для того, чтобы врач участка, узнав о возможности заболевания ребенка, не допускал его на прием в консультацию, а наблюдал на дому, и в случае заболевания своевременно профилактировал встречавшихся с ним детей.

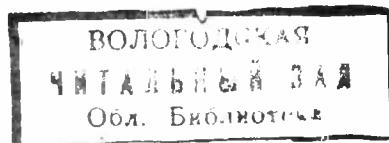
Все вышеизложенное показывает, как велика и почетна роль патронажной сестры в борьбе с распространением детских инфекций. Каждое ее мероприятие, проведенное продуманно и своевременно, ограждает целые детские коллективы от грозящей опасности заноса инфекции, а в случае заноса обеспечивает своевременное проведение необходимых профилактических мер.

Введение патронажных сестер в штаты лечебно-профилактических детских учреждений и сельских участков является мероприятием огромной важности и еще раз свидетельствует о неустанной заботе партии и правительства о детях. Это мероприятие дает возможность врачу, эпидемиологу, санитарному работнику лучше организовать и эффективнее проводить свою работу по оздоровлению детства. Вместе с тем оно накладывает на врачей большие обязательства по подготовке опытных, квалифицированных, преданных своему делу патронажных сестер. Растить эти кадры, постоянно и умело повышать их знания в области борьбы с инфекциями, прививать им любовь к своему делу и чувство ответственности за порученную работу — это большая и благодарная задача для врача.

Наряду с поднятием уровня их теоретических знаний, необходимо обучать патронажных сестер раннему распознаванию болезни. Для этого следует использовать инфекционные отделения больниц и совместный осмотр и разбор больных на дому. Чтобы научить сестер быстро и правильно ориентироваться, сознательно и своевременно проводить необходимые мероприятия, следует привлекать их к разбору каждого случая инфекционного заболевания, к анализу каждой эпидемической вспышки, обращая их внимание на допущенные ошибки, разъясняя значение и целесообразность принимаемых мер. Чрезвычайно важно обучить молодые кадры правильному проведению патронажа, умелому выявлению больных или контактировавших с больными детей, умелому подходу к родителям. Эти навыки сестра приобретает быстрее и лучше в том случае, если на первых порах она будет проводить посещения квартир, общежитий и детских коллективов совместно с врачом.

Опыт лучших патронажных сестер должен становиться достоянием всех работников. Для этой цели весьма полезно проведение районных и городских конференций, организуемых при помощи и под руководством врачей. На этих конференциях сестры, делясь своим опытом, помогают обучаться молодым товарищам. Кроме того, конференции помогают установлению связи между патронажными сестрами разных учреждений, а это очень важно, ибо интересы и задачи патронажных сестер яслей, консультаций, больниц, сельского участка постоянно переплетаются между собой, и успех работы одной сестры нередко зависит от качества работы других. Установление контакта между сестрами принесет большую пользу общему делу.

Работа по обучению молодых сестер и повышению квалификации требует много труда и времени, но потраченные труды и время очень скоро и во много раз окупятся, ибо патронажные сестры являются первыми помощниками врача во всей его работе. Умело растить, любовно беречь свои кадры патронажных сестер, создавать им авторитет, завоевывать доверие широких масс населения — вот почетная и ответственная задача врача.



# ОПЫТ БОРЬБЫ С ДЕТСКИМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ НА СЕЛЬСКОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ

## О САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ВАЛТАНСКОГО ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА<sup>1</sup>

Д-р В. Е. Шипова

Валтанский участок расположен в районе лесоразработок. 20 лет назад на этом месте был лес, за годы советской власти возник большой поселок, насчитывающий около тысячи домов. На территории имеются лесозавод и механизированный лесопункт.

Валтанский врачебный участок обслуживает около 10 000 человек коренного населения, а также лиц, обращающихся за помощью из соседних участков.

Поселок Валтан имеет 4 предприятия, 3 школы (с количеством школьников 1 350 человек), постоянные ясли, детский сад, 26 пищевых и торговых точек, 10 рабочих общежитий и т. д. На территории Валтанского участка находятся 12 лесных участков с радиусом обслуживания в 15—17 км, имеющих фельдшерский пункт, 8 пищевых точек и пр. В сферу обслуживания участка входит также Н. Торинский сельский совет, имеющий 16 колхозов, с радиусом в 17 км, с 3 школами и 8 молочными фермами.

На участке работает 1 врач (акушер-гинеколог) и 2 акушерки, а с июня 1940 г. функционирует фельдшерская детская консультация. Патронажной сестры в штате участка нет. Родильное отделение рассчитано по смете на 5 коек, а фактически в нем развернуто 8 коек; оно помещается под одной крышей с общим отделением больницы, но имеет отдельный вход.

До 1939 г. работа проводилась самотеком, без плана и точного учета объектов и подведения итогов их деятельности.

В настоящее время вся работа по врачебному участку проводится строго по годовому плану. План составляется на основе положения о сельском врачебном участке и заданий, которые дает облздрав и райздрав.

По разделу обслуживания матерей и детей участок также имеет годовой, квартальный и месячный планы, с графиком распределения точек работы и с расстановкой рабочей силы.

Выполнение плана начинается с точного учета по врачебному участку всех беременных женщин и детей от рождения и до 3 лет; учитываются также дети дошкольного возраста и школьного до 17 лет. Учет ведется по особой форме, выработанной на нашем участке, и проводится путем подворного обхода с опросом и осмотром.

С 1941 г. Валтанская больница ввела новую форму учета: при повторном обходе сразу заполняется патронажный лист на каждую беременную и ребенка до 3 лет. В дальнейшем в патронажном листе регистрируется каждое посещение, результаты осмотра, бытовые особенности, а также записываются данные советы и беседы, проведенные с женщиной. На каждого новорожденного еще в родильном отделении заводится патронажный лист, как и на каждую беременную, при ее первом посещении амбулатории.

Патронажный лист женщин, уже родивших, переносится затем в папку для послеродового патронажа, лист ребенка, достигшего годового возраста — в папку патронажа детей от 1 года до 3 лет. Таким образом работники участка, заглянув в свои учетные папки, точно

<sup>1</sup> Из доклада на II съезде горьковских медицинских работников.

знают на каждый день количество детей, беременных и женщин в послеродовом периоде, находящихся под наблюдением. Весь учет ведется отдельно по сельсовету, по населенному пункту Валтану и по лесным участкам. В конце каждого месяца и к началу следующего подводятся итоги, например, для детей: 1) состояло на начало месяца, 2) родилось, 3) выбыло всего, 4) в том числе умерло, 5) осталось на конец месяца.

Таким образом, используя свой учет, я знаю, что по всему Валтанскому участку на 1.III.1941 состояло: детей до 1 года — 217, детей от 1 до 3 лет — 376, беременных — 106, женщин в послеродовом периоде — 26.

В дальнейшем дети до 1 года патронируются 1 раз в месяц, дети от 1 года до 3 лет — 1 раз в 2 месяца. После выхода из родильного отделения ребенок, по возможности начиная со 2-й недели, сразу берется на патронаж. Беременные женщины патронируются ежемесячно.

В 1940 г. 1 раз в неделю проводились вечерние врачебные консультации для беременных женщин и для детей. Здесь же при консультации происходили и беседы врача о гигиене беременной, по уходу за ребенком и на другие темы. Во время бесед мы пользовались алокскопом. Всего за год было проведено 26 специальных консультаций для женщин и 15 по вопросам ухода и воспитания детей. Имеющаяся у нас фельдшерская детская консультация организовала свою работу таким образом, что 30% времени тратится на прием детей при амбулатории, 30% — на патронаж и 40% — на выездные консультации в сельсоветы и на лесные участки.

Охват родовспоможением в 1940 г. выразился в следующих цифрах: всего родилось по участку 314 детей, из них в родильном отделении 284, что составляет 90%. Из остальных 30 детей 9 родились с помощью акушерок Валтанского участка, 8 — с акушеркой соседнего фельдшерского пункта, а 13 рожениц не успели прибегнуть к акушерской помощи из-за большой удаленности от акушерки. Женщины, прошедшие через родильное отделение, получают элементарные сведения по уходу за ребенком и личной гигиене. Штепсель для алокскопа в послеродовой палате устроен таким образом, что каждая родильница, находясь в кровати, может видеть алокскопную ленту. За 9 дней пребывания в родильном отделении женщина слушает беседы на шесть следующих тем: 1) гигиена беременной и родильницы, 2) как вести себя после родов, 3) кормление ребенка до 6 месяцев и прикорм с 6 месяцев, 4) уход за ребенком, 5) развитие здорового ребенка, 6) «Береги ребенка от заразных заболеваний!» Тут же женщина приобретает практические навыки по уходу за ребенком и личной гигиене. Таким образом, каждая женщина проходит в родильном отделении своеобразную школу матерей.

В поселке имеются детские ясли на 45 человек и детский сад при заводе.

Детские ясли вначале обслуживались врачом ежедневно, с сентября 1940 г. они обслуживаются фельдшером, но регулярно, 3 раза в месяц, врач проводит контрольные посещения, проверяет здоровье детей, составление меню и т. д.

Детский сад на 75 человек штатного медицинского работника не имеет, но также посещается врачом 3 раза в месяц, причем проводится полное санитарное обследование помещений и медицинский осмотр детей; каждый ребенок подвергается осмотру не реже 1 раза в месяц.

На родительских собраниях детских яслей и детского сада 1 раз в квартал врачами проводится лекция о воспитании ребенка, о борьбе с заразными заболеваниями и т. д. Таким образом, дети детских учреждений, так же как и не организованные в коллективы, находятся под постоянным контролем медицинского персонала. Дети сельсовета патрони-

руются 1 раз в месяц во время выезда бригады работников больницы, когда ими посещается каждый колхоз. На фельдшерском пункте лесного участка 1 раз в месяц проводится врачебная выездная консультация для женщин и детей.

По сравнению с 1939 г. мы имеем за 1940 г. в 5 раз меньше заболеваний корью и в 7 раз меньше заболеваний скарлатиной, причем данные заболевания не носили очагового характера, а возникали как единичные случаи в течение года.

При сравнении зимних месяцев 1939/40 г. с зимними месяцами 1940/41 г. наблюдается снижение детской смертности в 2 раза.

На территории нашего участка имеется 7 школ с 1 694 школьниками. Так как специального школьного врача нет, то его обязанности также ложатся на участкового врача. Медицинский осмотр школьников проводится 1 раз в квартал, санитарный осмотр с помощью комиссии здравоохранения и педагогов — 1 раз в месяц.

За 1940 г. в школе подготовлено больницей 75 значкистов БГСО и 201 значкист ГСО. С 1941 г. ведутся кружки со школьниками и организован кружок ГСО с педагогами.

При медицинских осмотрах проводятся беседы со школьниками по гигиене. Проводились лекции врача на родительских собраниях на тему «Режим школьника и физическое воспитание ребенка» и др. За 1940 г. больница провела 1 355 (трехкратных) противодифтерийных прививок (при плане в 900), 204 противоскарлатинозных прививки и 108 противокоревых. Организовано 14 бригадных выездов в Н. Торинский сельсовет, в том числе 6 врачебных, и 79 выездов на лесоучастки, из них 24 врачебных.

Родильное отделение обслуживается двумя акушерками. Лидия Степановна Смирнова, отличница, провела патронаж 220 беременных, 504 детей в возрасте до 1 года, 84 послеродовых патронажа и 150 бесед с алохопом. Она сделала 7 выездов в сельсовет и на лесные участки, руководит соцсоревнованием в больнице, член месткома, вела техучебу с младшим персоналом и подготовила на значок ГСО 30 человек.

Анна Кузминична Черепанова также проводит работу по патронажу, тоже отличница. В течение всего 1940 г. 3 раза в месяц проводила техучебу с младшим персоналом и подготовила на значок ГСО 92 человека. В 1940 г. т. Черепанова провела 437 патронажных посещений беременных, 166 посещений родильниц, 99 — детей до 1 года и 941 — детей от 1 года до 3 лет. Она провела 301 беседу с женщинами в родильном отделении и 103 — вне его.

---

## БОРЬБА С ДЕТСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ДУНИЛОВСКОМ СЕЛЬСКОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ

*И. К. Волоцкий*

(главврач Дуниловского сельского врачебного участка  
Шуйского района Ивановской области)

В 1937 г. на Дуниловском сельском врачебном участке были одновременно две инфекции — корь и скарлатина. Были случаи, когда у больного вслед за одной исчезнувшей сыпью появлялась вторая, и постановка диагноза, а также и лечение становились нелегкими. Мы задумались над тем, как организовать работу, чтобы совсем избежнуть появления и распространения инфекции на участке.

Коллектив решил прежде всего освежить в памяти все свои знания путем постановки на медицинских совещаниях силами среднего медицинского персонала ряда рефератов по отдельным инфекциям, а потом

уже посредством бесед и лекций ознакомить население и заострить его внимание на развитии таких болезней, как корь, скарлатина. Одновременно с этим больница привлекла к этой работе свой актив сельских санитарных уполномоченных, собрав их на специальный семинар, на котором санитарные уполномоченные подробно ознакомились с этими заболеваниями и условиями их распространения. Благодаря внимательному отношению санитарных уполномоченных к своей работе и повседневному наблюдению коллектива больницы и детских консультаций стали рано выявляться первые случаи заболеваний скарлатиной и корью, а все дети, имевшие контакт с больными, брались под регулярное наблюдение тем или иным средним медицинским работником, к которому они были прикреплены. Санитарный уполномоченный сигнализировал по телефону на участок о каждом случае появления сыпи у ребенка. Врач со средним медицинским работником немедленно выезжал в данное селение. Фельдшер проводил подворный обход детей, производил дезинфекцию в помещении больного, а врач проводил с населением беседу о данном заболевании, тут же выявлял детей, имевших контакт с больными, и после беседы навещал их.

В случаях обнаружения кори среди детей, находившихся на приеме детской консультации, все дети брались на учет, получали 50—60 см<sup>3</sup> противокоревой сыворотки, даже те из них, которые уезжали в свое селение, километров за 10 и дальше. Такими способами коллектив Дуниловского сельского врачебного участка добился значительного снижения заболеваний корью и скарлатиной. В 1940 г. по участку было зарегистрировано всего 2 случая кори и 2 случая скарлатины.

Для борьбы с дифтерией коллектив больниц проводил среди детей большую работу по прививкам: в течение 2 лет дети участка были охвачены прививками на 95%; ни одного случая заболевания дифтерией у ребенка, получившего прививку, не зарегистрировано. Двое больных дифтерией, поступившие на лечение в Дуниловскую больницу, были из числа детей, отсутствовавших в селении во время прививки.

Для снижения детских инфекций на участке необходимо следующее:

1) население должно быть хорошо ознакомлено с появляющимися заболеваниями.

2) санитарные уполномоченные медицинского участка должны понимать серьезность возложенных на них обязанностей по борьбе с инфекциями, для чего надо вести с ними непрерывную организационную работу; они должны быть внимательны к появлению того или иного заболевания и тотчас же сообщать об этом на участок;

3) коллектив больницы при посещении селения должен не довольствоваться только указаниями санитарных уполномоченных, а путем опроса собравшихся для беседы граждан выявлять детей, имевших контакт с больными, и тут же принимать необходимые меры.

## ВОСПИТАНИЕ СЛЕПЫХ ДЕТЕЙ

(Предварительное сообщение)

*E. F. Pay*

В 1939 г. при яслях № 231 Сталинского района Москвы была организована первая тифло-группа<sup>1</sup> для слепых детей ясельного и дошкольного возраста. В настоящее время в группе 10 детей. Из них 3 ребенка с врожденной слепотой, 4 потеряли зрение после кори, 2 — после дифтерии глаз, 1 — вследствие ожога иодом.

Коллективное воспитание слепых детей, применяемое в возможно более раннем возрасте, — одна из новых, важных проблем, стоящих перед советской педагогикой. Слепые дети, не получающие своевременного специального воспитания, растут слабыми, беспомощными, лишенными детских радостей. Отсутствие зрения сковывает движения слепого ребенка, ограничивает его интересы и кругозор, тормозит его психо-физическое развитие, его моторику.

Задача оказания ранней помощи слепым детям заключается именно в том, чтобы путем специальной педагогической и воспитательной работы приблизить по возможности этих детей к их зрячим сверстникам и дать им возможность стать полезными членами нашего социалистического общества.

Небольшой опыт, который мы приобрели за 2 года работы со слепыми детьми, доказывает необходимость раннего применения специальной педагогики для слепых малышей. В условиях коллективного воспитания эти дети, получая правильный уход, значительно изменяются и крепнут.

Воспитание крупной и мелкой моторики, осязания, слухового внимания, повышение ориентировки в пространстве, самообслуживание, расширение кругозора, музикально-двигательные занятия, укрепление физического статуса детей — все это дает значительные сдвиги в состоянии детей. Прежде чем перейти к изложению данного сообщения, мы считаем необходимым несколько ознакомить читателей с составом детей. Для этого приводим характеристики нескольких детей, составленные до приема их в тифло-группу.

1. Петя М., 2 лет 1 месяца, тяжелый атрофик и рахитик, с пергаментным цветом лица и старческим выражением. Сидит самостоятельно, но на ноги еще не становится. Потерял зрение после кори в возрасте 3 месяцев. На правом глазу плоское бельмо, на левом — выпуклое, грушеобразное, мешающее векам закрываться. Петя непрерывно тычет пальчиком правой руки в свой правый глаз с плоским бельмом, задвигая глазное яблоко внутрь, книзу и одновременно машет ладонью другой руки в воздухе перед левым глазом. Родители ребенка, оба дебильные, не уделяют ему никакого внимания, грубы с ним, не заботятся о его правильном питании и воспитании.

2. Валя У., 4 лет 3 месяцев. Девочка потеряла зрение после кори в возрасте 2 лет 4 месяцев. Валя очень ласковая, музикальная, всем интересуется, часто находится в состоянии тяжелой депрессии. Вследствие своего недостатка девочка малоподвижна, мышцы ее слабы и вялы, движения неуверенны, боится всего незнакомого, не решается ходить одна по комнате, физически ослаблена.

3. Виталик Л., 3 лет 3 месяцев. У мальчика врожденная атрофия (родовая травма). Ребенок общительный, ласковый, хорошо развит физически и психически. Мать Виталика стесняется физического недостатка сына и скрывает это от окружающих, пользуясь тем, что глаза у мальчика не деформированы. Но некоторые дети по его движениям и отсутствию выражения в глазах стали замечать, что ребенок слеп и сказали

<sup>1</sup> Группа воспитания слепых детей.

ему об этом. Ребенок чрезвычайно болезненно реагирует на это, считая эпитет «слепого» обидным для себя; в последнее время он стал даже бросаться и ловить того, кто его называл «слепым», и если ему удавалось поймать обидчика, то кусал его. Мать просила известить ее о приеме ребенка в закрытом письме, чтобы соседи не узнали о недостатке ее сына.

4. Боря К., 3 лет 6 месяцев. Отец ребенка страдает алкоголизмом. У мальчика врожденное недоразвитие обоих глазных яблок (второй ребенок в семье родился с тем же недостатком и умер). Физически ребенок ослаблен, психически хорошо развит: прекрасная память, очень музыкален. Дома ребенок постоянно является свидетелем конфликтов и грубых сцен между родителями. Окружающая ребенка среда сделала его грубым, заносчивым; прибегает к хитрости и лжи.

5. Толя М., 4 лет 6 месяцев. У мальчика врожденная слепота (глаукома). Отец Толи страдает алкоголизмом, постоянно ссорится с матерью, обижает ребенка, называя его «слепой». Толя хорошо развит психически, тяжело переживает свой недостаток, так как постоянно и дома, и во дворе слышит упреки по поводу своей слепоты. Мальчик скрытен, ущемлен, любознательен. Задает матери массу вопросов, на которые она не умеет ответить; это ее раздражает, она сердится на Толю и отталкивает его. Отца ребенок боится.

Из приведенных характеристик видно, что эти дети даже независимо от материально-бытовых условий их семьи обречены на безрадостное существование и вследствие своего физического недостатка не получают от своих родителей и близких необходимого воспитания.

Родители этих детей или тяготились ими, или предавались бесполезным огорчением обувечье ребенка, не имея возможности облегчить ему дальнейшую жизнь соответствующим обучением и воспитанием. Дети вследствие своей беспомощности и ограниченности в движениях и узкого круга интересов приобретали ряд дурных привычек, безобразивших их внешность и производивших на окружающих крайне неприятное, отталкивающее впечатление. Все они, стремясь к движению, раскачиваются, сидя, двигают головой, прыгают, вертятся на одном месте, подносят свои руки к лицу и глазам, ковыряя их пальцами. Такое ковыряние нравится детям, так как оно иногда вызывает ощущение света. Вследствие вынужденной моторной пассивности, мускулы их вялы, спинки сутулы, движения неуверенны и угловаты. Так как обыкновенно всякие попытки к проявлению своей самостоятельности у слепых детей кончаются неудачей или вызывают страх вследствие окриков родителей, в них развивается недоверие к себе, к своим действиям, и с возрастом растет сознание своей неполноценности. Это в свою очередь убеждает их в том, что окружающие обязаны делать за них все, и воспитывает в них эгоизм, требовательность, раздражительность, эгоцентризм.

При организации первой тифло-группы нам пришлось познакомиться со спецификой тифло-педагогики по материалам Московского института слепых, воспитывающего детей школьного возраста, так как учреждений для слепых детей дошкольного возраста не существовало. Нам пришлось приспособлять специфику тифло-педагогики школьного возраста к требованиям и возможностям наших малышей. Взяв за основу пособия «Методику воспитания детей в яслях» (изданную Центральным научным институтом ОММ Наркомздрава) и «Руководство для воспитателя детского сада» (изданное Наркомпросом), мы учитывали, что перед нами прежде всего ребенок, а уже потом — слепой<sup>1</sup>. Мы строили нашу работу примерно по следующему плану.

I. Физическое воспитание слепых детей: 1) воспитание культурно-ги-

<sup>1</sup> Проф. В. А. Гандер, Первоначальное воспитание и обучение слепых детей, Москва, 1934.

гиенических навыков, 2) воспитание движений (крупной и мелкой моторики).

II. Умственное воспитание слепых детей: 1) воспитание осязания поверхности (развитие тактильного чувства); 2) воспитание стереогностического чувства (форма, объем); 3) воспитание термического чувства (холод, тепло); 4) воспитание барического чувства (вес); 5) воспитание слухового внимания; 6) воспитание навыков ориентировки в пространстве; 7) воспитание первоначальных математических представлений; 8) знакомство детей с природой и животным миром; 9) проведение музыкально-двигательных занятий.

Все специальные занятия строились нами на ряде игр, предназначенных для воспитания тех или других навыков.

В процессе ежедневных занятий с детьми мы видели, насколько тот или другой прием, применяемый нами, может быть приспособлен к требованиям и возможностям детей, насколько он эффективнее для наших детей, и в случаях неудачи искали новых совершенных путей.

Вначале мы шли неуверенно и боязливо, но теперь, когда мы уже на практике можем видеть результаты применяемой нами методики, мы можем идти вперед смелее и поставить перед собой задачу «путем правильного и разумного воспитания устраниТЬ те последствия слепоты, которые ведут к понижению умственного и физического развития нормального от рождения слепого ребенка»<sup>1</sup>.

У слепого ребенка главнейшими органами воспитания являются слух и осязание. Через слух и осязание слепой ребенок начинает познавать окружающий его мир, поэтому задача тифло-педагогов должна быть направлена главным образом на воспитание этих двух анализаторов.

Слепой ребенок может иметь понятие об окружающих его предметах только через осязание и «только то может быть им правильно понято, что у него было в руках и что он тщательно ощупал»<sup>1</sup>. Поэтому при ознакомлении слепых детей с внешним миром мы старались по возможности знакомить их со всеми теми предметами, которые могут быть доступны их осязанию и таким образом поняты ими.

«Одна из главнейших задач воспитания и обучения слепых, — говорит Ф. Пех в своей книге «Воспитание и обучение слепых детей», — состоит в том, чтобы побороть в слепых пассивность и безволие, к которым они часто склонны. Достигнуть этого можно прежде всего приучением слепого к труду»...

«... Приучая слепого с детства к тому, чтобы он сам одевался и раздевался, убирал свои вещи, ел без посторонней помощи, исполнял некоторые домашние работы, мы создаем ценную основу для воспитания в нем силы воли»...

«... Слепого нужно убедить, что в большинстве случаев он может обойтись без посторонней помощи, нужно поощрять его к труду и преодолению препятствий»...

«... Неудачи, которые иногда постигают слепых, происходят в значительной степени от недостатка у них предприимчивости в труде и от мнения, будто слепому незачем особенно трудиться — зрячие помогут ему. К сожалению, этот взгляд часто разделяется и зрячими, окружающими слепого»; поэтому необходимо «...внедрить в сознание детей, что слепота не дает никаких преимуществ в жизни и что они, готовясь войти в трудовой коллектив зрячих, должны уметь во всем обходиться своими силами»<sup>1</sup>.

С этой целью мы с момента поступления слепого ребенка в тифло-группу прививаем ему в первую очередь навыки самообслуживания: дети приучаются самостоятельно раздеваться, одеваться, застегивать пуговки,

<sup>1</sup> Проф. В. А. Гандер.

заязывать тесемочки, шнуровать ботинки, умываться, вытираясь, вешать свое полотенце на место, аккуратно складывать свое белье и платье, аккуратно кушать, убирать за собой игрушки и пособия, соблюдать чистоплотность и на себе, и вокруг себя и т. д. Для привития этих навыков нам приходилось прибегать к предварительным упражнениям: например, для того чтобы научить ребенка застегивать пуговку, заязывать бантик, шнуровать ботинок, приходилось сначала проделывать это на отдельных специально приготовленных пособиях, типа Монтессори, благодаря которым дети быстрее и легче усваивали все приемы, необходимые для данного действия. В результате старшие дети группы уже все делают самостоятельно и даже помогают маленьким во время обеда,



Рис. 1

туалета, прогулки и т. д. Хотя и труден для ребенка путь к самостоятельности, но он возможен, в чем мы убедились на практике.

При привитии детям культурно-гигиенических навыков, мы уделяли большое внимание воспитанию у детей привычки к чистоплотности как в отношении себя, так и в отношении окружающего и умению обслуживать себя. При поступлении в тифло-группу только 2 ребенка могли есть самостоятельно, да и то крайне неряшливо, остальные же никогда не держали ложки в руках. Обучать аккуратной еде приходилось каждого индивидуально, придерживая рукой взрослого пальцы ребенка таким образом, чтобы содержимое ложки не выливалось преждевременно. На усвоение правильных движений руки во время еды слепой ребенок в возрасте от  $2\frac{1}{2}$  до 3 лет затрачивал не менее 4—5 месяцев.

Самостоятельный раздевание и одевание также требовало длительной индивидуальной работы. Так, например, один мальчик  $3\frac{1}{2}$  лет затратил 3 недели ежедневных упражнений, как перед дневным, так и перед вечерним сном, пока ему не удалось впервые самостоятельно расстегнуть пуговицу (педагог каждый раз своими пальцами двигал его пальцы таким образом, чтобы пуговица расстегивалась); 2 недели спустя он впервые сумел самостоятельно застегнуть пуговицу.

Для развития крупной моторики детей им предоставлялась для упражнений лазания лестница с двумя плоскостями. По этой лестнице могло одновременно лазить, спрыгивать с нее, подниматься на мускулах рук четверо детей. Крупная моторика детей воспитывалась также во

время прогулок в лесу (летом), где ребята могли лазать по срубленным стволам, прыгать с них, влезать на пни, спускаться в неглубокие овраги и самостоятельно выкарабкиваться из них. С той же целью практиковалась пляска и организованные подвижные игры, маршировка, физкультминутка, езда на велосипедах, в детском автомобиле.

Для развития мелкой моторики детям давались мелкие деревянные игрушки разной формы (крупные бирюльки) и ягодные зерна, которые дети раскладывали по сортам в небольшие деревянные мисочки; дети учились складывать мелкий строительный материал и мозаичные ри-

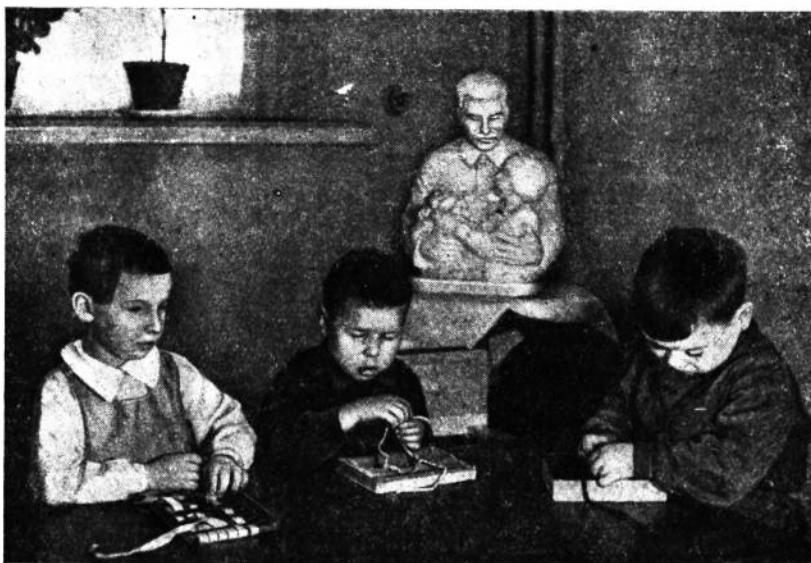


Рис. 2

сунки из треугольников и ромбов с отполированной лицевой стороной, раскладывать и собирать пирамиды из крупных и мелких колец, нанизывать бусы, заниматься плетением, шитьем по наколотым на картоне точкам, лепить и т. д. (рис. 1, 2).

В разделе «Умственное воспитание детей» основное внимание мы уделяем развитию: 1) тактильного чувства, 2) слухового внимания и 3) навыков ориентировки в пространстве.

Работа по воспитанию тактильного чувства проводилась следующим образом: ребята приучались детальнейшим образом анализировать посредством осязания все окружающие их предметы и в первую очередь свои игрушки, узнавать их форму, объем, качество, вес, поверхность (гладкая — шершавая), температуру, материал, из которого сделаны предметы, и пр.

Воспитывая слуховое внимание слепых детей, тифло-педагоги систематически фиксировали их внимание на всех шумах и звуках, доносящихся как изнутри помещения, так и извне. Дети упражнялись в дифференциации характера отдельных шумов и звуков: например, они приучались узнавать, какой предмет упал, из какого он материала, на что он упал, куда закатился; дети узнавали окружающих по голосу, походке, знакомились со звуками оконного стекла, когда по нему постукивали пальцем или когда оно звучит под ударом ветра; узнавали, как звучит металл (в частности, водосточная труба), деревянный столб, если по нему постучать; различали звон посуды — чашек, тарелок, мисок, бидона и т. д.

Для воспитания у детей способности ориентироваться в помещении и во дворе педагоги знакомили детей со всеми предметами в помеще-

нии, с системой их взаимного расположения: что в какой комнате стоит под окном, что стоит вправо от письменного стола, что — влево, что у правой стены при выходе из спальни в игралку и т. п.; выходя во двор, дети определяли, исходя из опыта предыдущих прогулок, куда они идут; например, если направлялись влево — на поляну, если вправо — то на асфальтовую площадку с «крышой», где дождик не намочит», и т. д. На даче дети определяли по различным, знакомым им приметам, дальность расстояния от дачи до леса, узнавали знакомые места.

Большое внимание на расширение общего кругозора детей имело знакомство их с природой и животным миром. Все, с чем детям приходилось сталкиваться на прогулках в различные времена года, детально изучалось ими посредством осознания и слухового восприятия. Различные новые понятия и представления о природе и животных, подкрепляемые объяснениями педагога и практическим ознакомлением детей с ними, становились для детей ясными и конкретными. Так, впервые познакомившись на даче с живым петухом, Виталик воскликнул: «Он теплый, а наш игрушечный, деревянный петух — холодный».

Развитие музыкального слуха, музыкальной памяти и музыкально-слуховых представлений имеет своей целью дать ребенку эстетическое воспитание. Гармоничное сочетание звуков, радующих ребенка, должны развить в нем музыкальный вкус, музыкальную память. Они расширяют круг его эмоциональных восприятий с самого раннего детства.

Тоны, ритм, мелодии, задушевно спетые, сообщают ребенку известные слуховые представления, непроизвольно запечатлеваются в его слуховой памяти. Раннее развитие слуха, чувства ритма и гармонии, вместе с воспитанием любви к музыке, служит подготовкой к дальнейшему изучению музыки. Дети поют песенки, четко отбивают ритм хлопаньем в ладоши, своевременно вступают каждый со своим шумовым инструментом в общий оркестр; маршируют под музыку, приучаются ходить колонной (ориентируясь легким прикоснением руки к идущему впереди), проводя под музыку ряд игр и сюжетных танцев.

«На основании опыта работы, проведенной с маленькими слепыми, — пишет тифло-педагог С. Д. Тарнополь, — мы можем утверждать, что слепым детям доступны все занятия (исключая рисования), свойственные их зрячим сверстникам. Слепые дети, в возрасте от 3 до 5 лет, не хуже своих зрячих товарищей, могут собирать пирамидки, мозаичные рисунки, великолепно ориентируются в дошкольных наборах геометрических фигур, очень хорошо усваивают счет и другие первоначальные математические представления, лепят, плетут, нанизывают бусы, пришивают; обладают соответствующими их возрасту знаниями по природоведению. В самообслуживании также не отстают от зрячих детей их возраста».

Характерно, что у слепых детей понятия «видеть» и «слышать» объединяются в одно общее понятие — воспринимать. Так, например, в разговоре между детьми Валечка с уверенностью утверждала: «Я сама видела, как она говорила», а Виталик как-то заявил: «Я видел корову — она мычала в окне».

Если сравнить общее состояние слепых детей до их поступления в тифло-группу с настоящим, то совершенно очевидна громадная перемена, которая произошла за эти 2 года. Так, например, теперешний Петя М. — это очень подвижной, крепкий, упитанный ребенок с розовыми щечками, веселым лицом.

Даже его деформированные глаза стали как-то меньше, незаметнее и не производят такого неприятного впечатления. Петя организован, уравновешен, всем интересуется и принимает деятельное участие во всей жизни своего коллектива. Он свободно ориентируется в помещении группы, походка у него уверенная.

Другие ребята также все выглядят крепкими, здоровыми; у них свежий цвет лица, хороший аппетит. У них преобладает бодрое, веселое

лое настроение; не осталось угнетенности, озлобленности, раздражительности и недоверия к окружающим, с которыми эти дети пришли в тифло-группу. Несмотря на то, что все дети уезжают на выходной день к родителям, их общий тонус от этого не понижается.

Родители, получая систематические указания от педагогов группы, уже по-иному стали относиться к своим детям. Слепые дети яслей

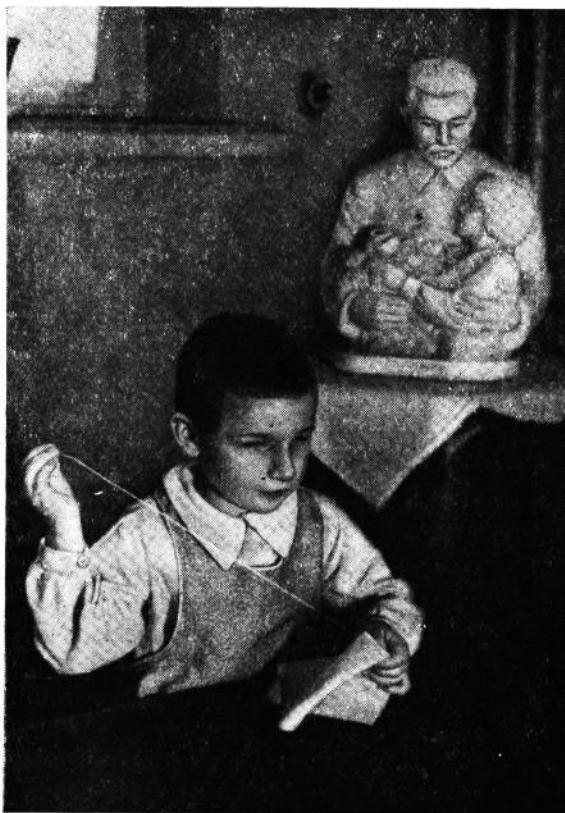


Рис. 3

№ 231 веселы, радостны, подвижны и общительны с окружающими. Все они поражают своей целеустремленностью, а главное, упорным стремлением к знаниям и труду. На основании нашего опыта мы можем с уверенностью утверждать, что раннее воспитание слепого ребенка будет иметь значительное влияние на его школьное воспитание. Дети из яслей перейдут в школу с определенным запасом знаний и навыков. Их кругозор и общее поведение будут сильно отличаться от кругозора и поведения тех детей, которые поступят в школу слепых из родительского дома. Им, несомненно, будет легче осилить программу обучения в начальной и средней социальной школе, ориентироваться в окружающей жизни, включиться в ряды трудящихся нашей страны.

В заключение считаю своим долгом выразить благодарность моим сотрудникам по тифло-группе С. Д. Тарнополь и Е. Ф. Шершеневой, которые снабдили меня конкретными материалами из практики своей работы.

## СЕЗОННЫЕ ЯСЛИ В КОЛХОЗАХ

С. П. Катченко

(ст. инспектор Наркомздрава РСФСР)

Своевременное развертывание сезонных яслей в колхозах и хорошее качество ясельного обслуживания обеспечивают высокую производительность женского труда в колхозах, а следовательно, являются одним из факторов укрепления экономической мощности и обороноспособности нашей страны. Оценка работы колхозных яслей определяется состоянием здоровья ясельных детей.

В 1940 г. по плану Наркомздрава РСФСР было предусмотрено развертывание в колхозах 2 360 000 ясельных коек. В среднем этот план выполнен на 87%. Ряд автономных республик, краев и областей перевыполнил свои планы: Якутская АССР дала 300%, АССР Немцев Поволжья — 158%, Читинская область — 150%, Орджоникидзевский край — 132%, Чкаловская область — 124%, Краснодарский край — 119%, Крымская АССР — 118% и Ростовская область — 108%. Другие же области и республики не уделили вопросу организации яслей должного внимания и выполнили свои планы неудовлетворительно; например, Московская область — на 47%, Калининская — на 56%, Чувашская и Марийская АССР и Стalingрадская область — только на 66—68%.

Вопросу улучшения ясельного обслуживания детского населения в сельских местностях в 1940 г. было уделено особое внимание: 29.VI. 1940 г. Совет народных комиссаров РСФСР вынес специальное постановление о мероприятиях по улучшению яслей на селе. Этим постановлением ответственность за развертывание и состояние ясельной сети в колхозах возлагалась на местные земельные органы; органы же здравоохранения обязывались обеспечить систематическое руководство организацией яслей в колхозах и медицинское обслуживание через сельскую медицинскую сеть. Там, где органы здравоохранения и местные земельные органы поняли это постановление и выполняли его, где вопросу развертывания и работы ясельной сети уделили внимание руководящие партийные и советские организации, там, где председатели колхозов учили важность и необходимость обслуживания яслями детей колхозников, — ясли своевременно развертывались, имели все необходимое для детей, за детьми был организован хороший уход и систематическое медицинское обслуживание.

Заведующая яслями колхоза «Путь к социализму» (Раздорский район Ростовской области) пишет:

«Председатель колхоза Дмитрий Григорьевич Яценко и секретарь парторганизации Андрей Львович Сидоров часто бывали в яслях, помогали советом и делом. Продуктами питания дети снабжались полностью, заболеваний среди ясельных детей не было, дети хорошо развивались. Так, трое детей были приняты в возрасте 1 месяца, с весом по 2½ кг, а через 5 месяцев дети утроили свой вес».

Председатель колхоза «Новый путь» Богородского района Горьковской области сообщает:

«Детские ясли в нашем колхозе работают с 1934 г. ежегодно с 1 мая по 1 ноября. Колхоз при распределении фондов выделяет продукты питания и денежные средства по определенной смете».

Председатель исполнкома Б.-Тархановского районного совета депутатов трудящихся (Тат. АССР) т. Садыков уделил много внимания организации и работе сезонных яслей: он помог колхозникам своего района развернуть 50 яслей с охватом 3 000 детей; ясли бесперебойно снабжались манной крупой и сахаром. Дети пользовались хорошим уходом и получали правильное воспитание.

Председатель колхоза имени XVII партсъезда (Ершовский район Саратовской области) т. Гаврильчук систематически руководил работой яслей: в 1940 г. яслям было добавлено оборудования на 1 300 руб. Продуктами питания ясли снабжались бесперебойно.

В Салобелякском районе Кировской области под ясли построены специальные помещения в 15 колхозах; в Горьковской области, по неполным данным, — 73 помещения.

Наоборот, там, где здравотделы, земельные органы и председатели колхозов не взялись по-большевистски за выполнение постановления Совета народных комиссаров от 29.VI.1940, немало было плохо организованных, неудовлетворительно работающих яслей. В яслях колхоза «Большевик» (Б.-Карабулакский район Саратовской области) дети не имели достаточного числа кроваток. В Ставропольской области колхозы «Пионер» и им. Литвинова Березовского района, «Красный Хопер» и Барминовский Кругловского района, «Красный партизан» и «Освобождение» Еланского района плохо организовали питание детей. Председатель колхоза им. Куйбышева (Похвисневский район) Мелешин отдал выделенный для яслей сахар на пасеку для подкормки пчел. Земельные отделы этих районов самоустранились от руководства яслей.

Как же выполнили постановление Совета народных комиссаров органы здравоохранения?

Руководство работой сезонных яслей в колхозах в 1940 г. здравотделами и наркомздравами АССР, несомненно, было более действенным, нежели в предыдущие годы. Была усиlena живая связь с колхозами: Ростовский облздравотдел обследовал и проинструктировал 308 яслей, Краснодарский крайздрав — 165. В Орджоникидзевском крае к работе по сезонным яслям были привлечены санитарные инспектора: без их санкций не были открыты ни одни ясли.

Кировский облздравотдел провел 186 выездов в колхозы, проверил состояние и работу многих яслей, издал специальной брошюре санитарные правила для яслей.

Но целый ряд наркомздравов АССР и облздравов (здравотделы Куйбышевский, Орловский, Московский, Калининский, наркомздравы Крымской, Марийской, Чувашской, Чечено-Ингушской АССР) и их райздравы сами не выполняли постановления Совета народных комиссаров и не использовали его для привлечения к работе по организации яслей земельные органы и райисполкомы.

Ставропольский облздравотдел пишет:

«Энергичная помощь райздравов и как крайняя мера закрытие яслей, работающих в антисанитарных условиях, приводили к хорошим результатам — через 3—5 дней ясли преображались: им предоставлялось лучшее помещение, для них находили твердое и мягкое оборудование и продукты питания».

Районная газета поместила заметку о плохом состоянии яслей в колхозе «Красный пахарь» Бугульминского района (Тат. АССР); вскоре яслям было предоставлено лучшее помещение, был добавлен обслуживающий персонал, стали выдавать полноценное питание. Подобных примеров имеется немало.

Медицинское обслуживание сезонных яслей в 1940 г. было организовано лучше: каждые ясли были закреплены за определенным медицинским работником. В ряде районов ясли допускались к открытию только после разрешения санитарного инспектора.

Однако сельские медицинские участки в 1940 г. еще не стали настоящим центром по руководству организацией и работой сезонной ясельной сети в колхозах.

Медицинские работники в большинстве случаев считали своей обя-

занностью лишь лечебное обслуживание ясельных детей и не включились полностью в руководство яслями. А между тем обеспечение колхозных сезонных яслей культурными, подготовленными, любящими свое дело кадрами решает успех правильной постановки ясельной работы.

Ежегодно готовятся тысячи работников для сезонных колхозных яслей и вместе с тем очень часто можно встретить ясли, в которых уход за детьми поручается неграмотным, неподготовленным колхозницам.

Наблюдается громадная текучесть среди подготовленных ясельных кадров. Многие области отмечают, что колхозницы, прошедшие курсы ясельных работников, проработав один сезон в яслях, а иногда и вовсе не работая в них, переходят на работу доярок, прицепщиц и др., что объясняется трудными условиями работы в яслях: при недостаточном внимании к ним со стороны правлений колхозов, районных, земельных отделов и органов здравоохранения вся работа целиком ложится на ясельных работников и главным образом на заведующих яслями. В связи с этим на работе в яслях закрепляются немногие колхозницы, только энтузиастки этого дела. Можно назвать некоторых из них.

Т. Трухонина (Похвисневский район Куйбышевской области) 9 лет работает в яслях. Она сумела организовать вокруг яслей актив матерей, сами матери обеспечили ясли пеленками и другими необходимыми предметами. Но т. Трухониной долго пришлось добиваться правильной оплаты своей работы в яслях.

Т. Буланчикова, заведующая яслями колхоза им. Ворошилова Бирского района, работает в яслях 5 лет. В ее яслях у старших детей — 3 смены белья, закуплено на 300 руб. игрушек. Т. Буланчикова настойчиво добивается улучшения качества работы своих яслей, хотя председатель колхоза т. Кастрюнин за ее настойчивость не раз грозил ей снятием с работы.

7 лет работает в яслях колхоза «Ленинские всходы» Богородского района Горьковской области т. Матасова и др.

Социалистическое соревнование — этот испытанный метод борьбы за лучшее качество работы — еще слабо внедряется в сезонные колхозные ясли.

В 1940 г. учету и использованию на работе ранее подготовленных кадров ясельных работниц было уделено большее внимание; по неполным данным вновь подготовлено по РСФСР 19 960 человек. В 1941 г. мы должны добиться решительного перелома к лучшему в организации и работе сезонных яслей. Сельский медицинский участок должен стать основным руководителем в организации и работе сезонных яслей в колхозах. Нужно помочь председателям колхозов и заведующим яслями в борьбе за право представить свои ясли на Всесоюзной сельскохозяйственной выставке.

Нужно уделить серьезное внимание подведению итогов работы сезонной ясельной сети в колхозах за 1940 г. и наметить мероприятия по развертыванию работы в 1941 г. Наркомздрав РСФСР обратился с просьбой к ряду председателей СНК АССР и исполнкомов край- и облсоветов депутатов трудящихся заслушать в ближайшее время доклады земельных органов и органов здравоохранения с содокладами некоторых райисполнкомов по этим двум вопросам и рекомендовал наркомздравам АССР, край- и облздравам, по договоренности с земельными органами и совместно с ними, организовать широкие конференции работников районных и районных земотделов, председателей колхозов, заведующих яслями и сельскими медицинскими участками для обсуждения этих же вопросов.

Опыт проведения таких конференций в Куйбышевской и Горьковской областях доказал их целесообразность: конференции способствуют выявлению недочетов в работе яслей, намечают пути для лучшей работы.

Налаживая связь между органами здравоохранения и земельными, они заостряют внимание руководящих партийных и советских организаций на разрешении вопросов, связанных с улучшением работы колхозных яслей.

Районные здравотделы и районные земельные отделы должны совместно разработать планы организаций сезонных яслей в колхозах на 1941 г., исполкомы райсоветов должны утвердить эти планы и установить систематический контроль за их выполнением; органы здравоохранения обязаны обеспечить должное качество подготовки и переподготовки ясельных работников.

Необходимо помочь колхозам в подборе соответствующих помещений под ясли, оборудовании их и выделении продуктовых фондов.

Органы здравоохранения и земельные органы должны поставить перед руководителями местной промышленности вопрос о снабжении яслей предметами оборудования.

Качество работы сезонных яслей в колхозах в 1941 г. должно быть поставлено на должную высоту, чтобы обеспечить матери-колхознице спокойный, высокопроизводительный труд в колхозном хозяйстве.

---

## КАК ВЕСТИ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ СРЕДИ ЖЕНЩИН НА СЕЛЕ

Фельдшер И. Д. Отдельнов

Огромная забота нашей партии, правительства и лично товарища Сталина о матери и ребенке создает все условия для воспитания здоровых, жизнерадостных детей, будущих строителей социализма. К сожалению, еще не все матери умеют правильно использовать все существующие возможности для них самих и для своих детей. Также и не все медицинские работники поняли всю важность и ответственность возложенных на них задач по охране здоровья матери и ребенка.

Задача наша, всех медицинских работников, поставить санитарно-просветительную работу среди женщин, в первую очередь среди беременных и кормящих матерей, на должную высоту. Каждый медицинский работник села должен вести учет всех беременных и кормящих матерей и проводить с ними систематическую работу. Будет полезно, если каждый медицинский пункт установит особый день для консультации с беременными матерями, когда бы проводились беседы на темы, связанные с воспитанием ребенка.

Но это, конечно, не значит, что медицинский работник должен проводить работу только на месте — как раз наоборот: он должен делать по специально разработанному плану систематические выезды в колхозы. Приказ Наркомздрава СССР обязывает детские лечебно-профилактические учреждения (консультации для детей и для женщин) в целях усиления санитарно-просветительной работы широко развернуть сеть «школ матерей».

К сожалению, такие школы организованы только лишь при консультациях в городах, а разве нельзя такие же школы организовать и на селе при медицинских пунктах? Не только можно, но и необходимо, чтобы приблизить санитарно-просветительную работу к населению. Советский медицинский работник должен быть достаточно подготовлен для этого, подобная работа окажется ему по силам, и он с успехом будет ее проводить.

Женщина села больше чем кто-нибудь другой нуждается в сани-

тарно-просветительной работе. В помощь себе медицинский работник должен привлечь актив из матерей-колхозниц, которых надо готовить, систематически проводя с ними работу. Необходимо помнить, что отсутствие санитарно-гигиенических навыков в воспитании ребенка часто лишает матерей возможности правильно воспитывать ребенка. Кто должен позаботиться о том, чтобы помочь ей? Конечно, в первую очередь медицинские работники.

Имеют еще место случаи, когда мать прибегает к помощи и советам не медицинского работника, а первого попавшегося человека и тем самым подчас приносит непоправимый вред своему ребенку.

Беременные женщины, стремясь увеличить число трудодней, не всегда полностью используют свой декретный отпуск, а руководители колхозов, да и сами медицинские работники в некоторых случаях смотрят на это сквозь пальцы. На это обстоятельство медицинский работник должен обратить сугубое внимание, доказать как руководителю колхоза, так и беременной целесообразность полного использования дородового и послеродового отпуска в целях сохранения ее собственного здоровья и здоровья ее будущего ребенка.

Еще не все женщины сознательно относятся к проводимым гигиеническим мероприятиям, среди них есть и более отсталые, которые склонны воспитывать своего ребенка по-старинке, по советам бабушек или дедушек, которые часто калечат детей. С такими женщинами надо вести упорную работу и добиваться того, чтобы и они поняли необходимость и полезность проводимых гигиенических советов.

Надо добиться, чтобы в каждом колхозе был устроен «Уголок матери и ребенка», где можно наглядно научиться воспитанию ребенка. Необходимо чаще проводить в колхозах громкие читки, беседы с привлечением на них большего числа беременных и кормящих матерей. В летнее время следует делать выезды в поле и там проводить беседы среди женщин. В целях более широкой пропаганды по воспитанию ребенка полезно использовать стенную и районную печать, где помещать опыт передовых колхозниц, выполняющих санитарно-гигиенические навыки.

Конечно, одному медицинскому работнику не сделать много, не даром говорят, что «один в поле не воин». Так и в данной работе необходимо привлекать весь актив женщин, которые окажут медицинскому работнику большую помощь. Чтобы лекции и беседы были интересны, надо использовать наглядные пособия, плакаты, имеющиеся муляжи и т. п.

На опыте собственной работы я убедился, что женщины очень интересуются такими беседами, охотно их посещают и принимают в них активное участие, задавая вопросы.

Нужно сказать, что беседы (систематические) оказали свое действие, и многие женщины поняли и на фактах убедились в большом значении правильного воспитания детей.

Там, где работа среди женщин и детей поставлена на должную высоту, как правило, резко снижается заболеваемость и смертность как материнская, так и детская. Дело чести каждого медицинского работника способствовать этому, сохранить здоровье и жизнь женщин и детей и дать нашей стране достойное пополнение физически крепких, жизнеспособных людей, которые нужны для нашей Красной армии, промышленности, колхозов. С этой задачей вполне может справиться каждый работник села, если он по-серьезному возьмется за дело.

Я не беру на себя, конечно, смелости сказать, что у меня на участке в данной области все благополучно — имеются также некоторые недостатки, но при упорной и систематической работе они могут быть и будут ликвидированы.

# ПО ПОВОДУ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА У МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ

*М. К. Рохлин*

(заведующий 1-й детской консультацией Ленинского района Тбилиси)

Первая детская консультация Ленинского района Тбилиси в последние 4 года систематически проводит борьбу с гриппом.

Грипп до сих пор еще является бичом маленьких детей. Во время эпидемических вспышек этого заболевания врачи и сестры должны сосредоточить все свое внимание на них, отдать все свои знания, всю энергию и силу на борьбу с этой болезнью не только по линии лечения, но и по линии профилактики ее.

Остановимся на мероприятиях, которые проводятся нашей консультацией по профилактике гриппа. На первом месте среди профилактических мероприятий стоит активная санпросветработка, которую мы проводили как в самой консультации, так и на периферии и не только среди матерей, но и среди трудящихся масс вообще, путем выступлений в кино до начала сеансов, в клубах на заводах и фабриках, и в других местах.

Мы стремимся внедрить в массы, главным образом матерей, основы рационального питания и вскармливания и правильного воспитания ребенка с первых же дней его жизни. Для этого мы организуем ранний схват новорожденных врачебным и сестринским патронажем, налаживаем тесную связь детской консультации с родильным домом и женской консультацией.

Важнейшим профилактическим мероприятием в дальнейшем является своевременное и правильное закаливание детского организма, укрепление кожи ребенка аэрацией и инсоляцией.

К сожалению у нас на юге, в частности, в солнечной и теплой Грузии, да и не в одной только Грузии, эти необходимые мероприятия наталкиваются на большие трудности, связанные с косностью, отсталостью и суеверием многих матерей. До сих пор еще не изжиты древние предрассудки и пережитки старого быта; особенно большие трудности испытывают патронажные сестры и врачи консультации в ликвидации древнейшего обычая Грузии и Закавказья, воспитания грудников в «аквани» — особой колыбели, к которой ребенок чуть ли не с первых недель жизни крепко-накрепко привязывается, правильнее, прибинтовывается широкими плотными лентами, проходящими по груди и бедрам; при этом ребенок укладывается непременно с вытянутыми ножками и ручками и укрывается плотным одеяльцем. Этих детей очень редко и очень мало выносят на воздух. Конечно, при таком безобразном воспитании не приходится говорить ни об инсоляции, ни об аэрации, ни о закаливании ребенка вообще. Ребенок в аквани сильно перегревается, особенно в знойные летние дни (а таких в Закавказье не мало), кожа его делается весьма чувствительной, повышается потливость. Вследствие постоянно фиксированного положения на спине и сдавления широкой лентой грудной клетки затрудняется дыхание ребенка и кровообращение в легких. Дети, воспитанные в аквани, несомненно сильно предрасположены к гриппу и его осложнениям.

В целях действенной борьбы с гриппом в наших условиях необходимо в первую очередь заняться борьбой с этим пережитком старины. Борьбу с аквани у нас в Закавказье, да и не только в Закавказье, надо поставить на должную высоту, равно как и выкорчевывание многих сохранившихся еще на местах вредных обычаяев, предрассудков и опасных и недопустимых обычаяев воспитания грудных детей.

Укрепление и закаливание ребенка надо начинать рано, приучая ребенка к пользованию воздухом. Гуляние с ним, организацию его сна на воздухе мы рекомендуем начинать в теплые дни, а потом проводить и при всякой погоде.

Большое профилактическое значение в борьбе с гриппом имеет внедрение в сознание матерей вреда и опасности контакта ребенка с больными гриппом, необходимости изоляции больных детей, возможности перенесения на ребенка заразы поцелуем матери. Необходимо приучать матерей, больных гриппом или насморком, носить во время своей болезни марлевые маски (респираторы).

Значительную пользу в смысле профилактики гриппа приносит облучение детей кварцем, равно как и облучение самого помещения после предварительной влажной его уборки. При уборке помещения самой консультации мы пользуемся слабым раствором хлорной извести.

В целях предупреждения внутриконсультационного инфицирования детей мы провели правильное боксирование и уделили внимание борьбе с очередями в ожидальне; разделили приемные здоровых и больных детей, усилили посещение участковыми педиатрами заболевших гриппом детей, организовав госпитализацию таких детей на дому.

Всеми этими мероприятиями наша консультация добилась значительного снижения заболеваемости гриппом.

---

## НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Проф. Г. А. Баткис (Москва)

В журнале «Вопросы педиатрии и охраны материнства и младенчества» (т. XII, в. 1, 1940) напечатана статья Р. Н. Левитиной «Методика измерения заболеваемости детей в консультациях».

Содержание статьи в основном сводится к повторению предложенного еще в 1925 г. В. В. Паевским способа измерения смертности и заболеваемости детей в консультации. Ничего нового по сравнению с этим предложением статья Левитиной не содержит, кроме разве содержания самих примеров по вычислению необходимых данных, заимствованных из материалов консультации Московского педиатрического института за 1936—1937 гг.

Автору можно было бы сделать ряд возражений узко методического порядка, но прежде всего нам хотелось бы указать на принципиально неправильную постановку вопроса об изучении заболеваемости в консультации, в особенности в условиях современного понимания задач и функций консультации.

В. В. Паевский вносил свое предложение в 1925—1926 гг., когда организация обслуживания консультациями детей существенно различалась от нынешних условий. В то время консультация представляла собой учреждение исключительно профилактического характера, имеющее задачей наблюдение за здоровыми детьми: лечебная помощь больным детям оказывалась в общих амбулаториях. Естественно, что в условиях того времени можно было бы говорить, и то лишь до известной степени, о каком-то особом контингенте детей, охваченных наблюдением консультации, отличном от детской части населения района, составляющего обычный контингент детей, обслуживаемых амбулаторией. Консультации того времени проводили социально-гигиеническое наблюдение за детьми как бы отдельно и независимо от лечебной помощи, что представляло собой дополнительный фактор, не всегда связанный с лечебной помощью, и, обратно, — лечебная помощь была совершенно оторвана от социально-гигиенического наблюдения, которым занимались консультации.

Но даже в условиях 1925—1926 гг. предложения Паевского были несколько искусственны, так как контингентом консультации и тогда

правильно было считать все детское население района (соответствующих возрастных групп). А между тем предложение Паевского исходило из определения контингента исключительно по признаку первого и последнего обращения ребенка.

В настоящее время профилактическое консультационное наблюдение и амбулаторная помощь заболевшим детям объединены в одном и том же учреждении — детской консультации. И тот, и другой вид помощи представляет собой функцию одного и того же участкового врача и патронажной сестры консультации.

Если речь идет об изучении заболеваемости, то в этом отношении консультация не может иметь никакого иного подхода, кроме обычно применяемого для изучения заболеваемости населения или отдельных его возрастных групп, т. е. основанного на учете всех заболеваний по данным обращений в лечебное учреждение детей своего района обслуживания.

Соответствующие коэффициенты заболеваемости должны быть выведены из отношения числа обращаемости по тем или иным видам заболеваемости к общей численности населения, в данном случае детского.

При необходимости получения возрастных коэффициентов соответствующие данные берутся как по отношению к заболеваемости, так и по отношению ко всему населению для того или иного возраста.

Автор, очевидно, знает об этом, так как пишет в начале своей статьи, что «в условиях амбулатории обращаемость детей, заболеваемость которых подвергается изучению в общем населении, находится как бы непрерывно под наблюдением исследователя в течение всего года».

Но автор совершенно неправ, заявляя далее, что в консультации будто бы этих условий не имеется, что в консультации основное условие приложения обычного метода (нахождения изучаемой совокупности под наблюдением в течение всего периода) не соблюдено, так как в консультации постоянно происходит процесс поступления под наблюдение новых детей и выбытие старых.

В этой неправильной формулировке скрывается существующее до настоящего времени непонимание задач консультации и ее функций.

У т. Левитиной получается, что в условиях амбулатории дети, проживающие в районе, ею обслуживаемом, все время находятся под наблюдением в отношении заболеваемости (и это правильно!), а в условиях консультации дети почему-то прибывают и выбывают каким-то особым порядком, отличным от контингента, обслуживаемого амбулаторией (а это совсем неправильно!).

Между тем консультация отличается от амбулатории разве только тем, что в условиях консультационного обслуживания имеется еще больше возможности под постоянным наблюдением иметь (не только по поводу заболеваемости) весь контингент детского населения района обслуживания от момента рождения ребенка до достижения им предельного возраста, установленного для обслуживания консультаций. Прибытие и выбытие в условиях правильного консультационного обслуживания могут идти только за счет механической миграции и естественного движения (рождение и смерть детей).

Но это остается правильным для обычных условий амбулаторного обслуживания, где контингентом обслуживания точно так же является население района (в данном случае детское) с теми же возможными изменениями в силу механического или естественного движения.

Неверно утверждение т. Левитиной, что следствием постоянного обновления состава детей и наблюдения за ними в различные сроки, будто бы является невозможность принять за равнозначные единицы счета ребенка, пробывшего под наблюдением консультации в течение 2—3 месяцев, и ребенка, пробывшего под наблюдением в течение це-

лого года. Как видно из всех дальнейших предложенных вычислений, признак длительности наблюдения никак не подлежит учету при изучении повозрастных контингентов заболеваемости. Именно здесь, как видно из самих примеров, приводимых т. Левитиной, происходит уравнение. Да вряд ли и может быть иначе. Ведь вычисляются возрастные коэффициенты, т. е. отношение заболевших к данному возрасту, к средней численности всех бывших в этом возрасте, независимо от того, продолжали ли они находиться в районе деятельности консультации или амбулатории по достижению этого возраста или выбыли из-под наблюдения. Тов. Левитина дает вывод: «Является логичным отказаться от подсчета числа прошедших детей и вести подсчет числа проведенных под наблюдением жизни-дней данного возраста». Именно это предложение является совершенно нелогичным, потому что, как видно будет дальше, автор искусственно конструирует совершенно абстрактную совокупность детей для каждого отдельного возраста, отказываясь от простых и гораздо более достоверных приемов обычного способа наблюдения и вычисления среднего населения.

Проследим предлагаемую автором методику вычисления по приведенным в таблице примерам.

Движение детей детской консультации Института ОММ Ленинграда за 1936 г.<sup>1</sup>

Возраст	Прибыло		Выбыло		Перешло на 1.1.1937 г.	Число доживших до нижней границы интервала	Среднее число детей, находившихся под наблюдением консультации
	состояло на 1.1.1936 г.	поступило за 1936 г.	выбыло за 1936 г.	умерло за 1936 г.			
1	2	3	4	5	6	7	8
От 5 до 29 дней . . . . .	38	1 001	1	14	28	0	498
» 1 мес. . . . .	70	206	—	8	71	996	1 094
» 2 » . . . . .	102	51	23	13	88	1 193	1 207
» 3 » . . . . .	92	35	26	5	109	1 222	1 215
» 4 » . . . . .	100	30	33	24	99	1 209	1 196
» 5 » . . . . .	112	24	13	17	103	1 183	1 184
» 6 » . . . . .	80	19	21	17	87	1 186	1 173
» 7 » . . . . .	99	12	22	17	82	1 160	1 155
» 8 » . . . . .	93	9	27	16	100	1 150	1 128
» 9 » . . . . .	78	12	25	13	107	1 109	1 031
» 10 » . . . . .	66	11	24	7	101	1 004	1 026
» 11 » . . . . .	96	8	36	11	95	999	980
» 1 года до 1 года 2 мес. . .	200	12	44	17	214	961	929
» 1 года 3 мес. до 1 года 5 мес.	154	12	74	20	225	898	821
» 1 » 6 » » 1 » 8 »	169	14	55	20	195	754	701
» 1 » 9 » » 1 » 11 »	176	12	47	7	162	658	644
» 2 лет до 2 лет 2 мес. . . .	112	10	54	4	142	680	591
» 2 » 3 мес. до 2 лет 5 мес.	169	19	33	1	128	552	565
» 2 » 6 » » 2 » 8 »	140	10	75	1	136	578	547
» 2 » 9 » » 2 » 11 »	122	10	111	—	86	516	483
» 3 лет и старше . . . . .	2	—	450	—	—	—	—
Всего . . .	2 270	1 517	1 197	232	2 358		

Как видно из пояснения, в графу 2 таблицы (состояло на 1.1.1936 г. под наблюдением консультации) внесены дети, посетившие консультацию в 1935 г. и продолжавшие посещать ее в 1936 г. Вот уже

<sup>1</sup> Таблица взята из ст. Р. Н. Левитиной, Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства, т. XXII, в. 1, 1940.

первая серьезная ошибка. Почему только посетившие в 1935 г. и почему в особенности только продолжавшие посещать в 1936 г.?

Ведь заболеваемость надо учитывать по отношению ко всему детскому населению данного района, а между тем явно видно, что это правило нарушается. Детское население данного района состояло на 1.I.1936 не только из посещавших консультацию в предыдущем году и тем более продолжавших посещать ее в текущем году. Легко себе представить, что сравнительно значительное число детей, в особенности более позднего возрастного периода, старше года, посещает консультацию, почти как правило, только по поводу заболевания. Из того факта, что они не посетили консультацию по поводу заболевания, во все не следует, что их надо исключать при вычислении коэффициента заболеваемости. Ведь коэффициент заболеваемости есть отношение числа заболевших ко всему населению (заболевшие плюс неболевшие). Очевидно, данные графы 2 должны быть составлены на основании совсем другого (старого) приема, обычно применяемого правильно работающими консультациями.

К началу каждого года хорошо работающие консультации проверяют наличие всего населения на территории обслуживания, сверяют с этими данными имеющуюся у них картотеку истории развития, изымая из нее истории развития детей, выбывших из района, умерших в течение предыдущего года и уже достигших предельного возраста обслуживания, и пополняя новыми данными о детях, обнаруженных на территории. Только по этим данным и может быть определен контингент обслуживания консультации на начало года.

Всё не надо ждать конца года, чтобы определять, кто из детей будет или не будет посещать консультацию в дальнейшем. Повторяю, контингент определяется не фактом посещения, а фактом проживания на территории данной консультации.

В течение года в контингенте консультации происходят изменения. Для учета этих изменений автор предлагает соответствующие графы—3, 4 и 5.

Но достаточно вчитаться в расположение данных этих граф, чтобы убедиться, что они отражают не действительно произошедшие изменения в контингенте, а сдвиги в искусственно созданной конструкции абстрактного коллектива детей.

Мы уже указали, что реальные изменения контингента в течение года могут происходить отнюдь не по моменту посещения консультации, а по моменту изменений, вызываемых механическими или естественными причинами движения населения (отъезд, рождение, смерть, достижение предельного возраста обслуживания).

Естественно ожидать, что изменения под влиянием механических процессов должны располагаться приблизительно равномерно по отдельным возрастам, причем соотношение прибытия и выбытия (механическая миграция) в отдельных возрастах (кроме возраста 0—1 месяц и 3 года) должны быть примерно одинаковы. Число новорожденных, составляющих контингент обслуживания консультации с момента рождения (в крайнем случае с момента выписки из родильного дома) должны равняться общему числу родившихся на территории района. Особо значительную группу среди выбывших должны составлять дети, выбывшие по достижении предельного возраста (3 года). Между тем в записях предложенной таблицы видно прямое нарушение этого обычного порядка распределения контингента обслуживания. Так, указывается, что в возрасте 1 месяца (30—50 дней) в консультацию поступило 206 детей, а выбывших в этом возрасте нет. Дальше для 2—3 месяцев мы видим значительное преобладание прибывших над выбывшими, а в возрасте, начиная от 1 года и в особенности 2½ лет и старше, огромнейшее преобладание выбывших над прибывшими. Так, на-

пример, в возрасте от 2 лет 6 мес. до 2 лет 8 мес. прибыло 10, выбыло 75; в возрасте от 2 лет 9 мес. до 2 лет 11 мес. поступило 10, выбыло 111.

Как это могло получиться? Ведь прибытие и выбытие в этих возрастах могли произойти только под влиянием механической миграции. Почему имеет место такое явно искусственное распределение? Если семьи, имевшие детей в возрасте 1 месяца (30—59 дней) могли прибыть в данный район и, следовательно, выбыть из другого, то необходимо допустить, что они также могли выбыть из данного района и, следовательно, прибыть в другой район. То же и в отношении указанных старших возрастных групп.

Почему механическая миграция в отношении прибытия почти не коснулась детей в возрасте от 2 лет 6 мес. до 2 лет 8 мес. и от 2 лет 9 мес. до 2 лет 11 мес., в то время как выбытие этих детей такое значительное? Только потому, что весь приведенный порядок поступления и выбытия на самом деле не соответствует действительности. Он существует только в представлении автора, а не на деле и, как автор ни старается доказать, что консультация Института ОММ в Ленинграде принимала меры к действительному установлению возраста прибытия и выбытия детей, совершенно ясно, что в этой консультации в 1936 г. применялся старый, отвергнутый современной практикой порядок считать контингент консультационных детей по моменту первого и последнего посещения. Мы уже не говорим о том, что меры установления возраста прибытия и выбытия детей, предлагаемые т. Левитиной (вроде условного счета периодов после последнего посещения), надуманы и замысловаты.

Известно, насколько вредно отражалось на практике работы консультаций такое представление о контингенте, при котором дети, длительно не посещавшие консультацию, считались утратившими связь, в то время как по отношению к этой группе детей как раз проводилось наиболее тщательное обслуживание. Суть дела в том, что не дети теряли связь с консультацией, а консультация теряла связь с детьми и всецело несла ответственность за то, чтобы возможно скорее восстановить эту связь.

Вообще из практики работы консультации известно, насколько трудно бывает по материалам проверки и опроса установить точный срок выбытия детей, если со времени последнего посещения прошло значительное время, до 4 месяцев, как предлагает автор. Как можно в этих условиях сколько-нибудь серьезно говорить о возрасте с момента выбытия?

Неправильно исчислены и данные графы 6. Данные этой графы, как указывает сам автор, располагались не на основании действительной проверки наличия детей в районе, а на основании произвольных допущений о проживании в районе детей в течение того или иного срока после последнего посещения. Так, например, для детей от 1 года и выше, бывших налицо на 1.1.1937, считались дети, с момента последнего посещения которых прошло до 4 месяцев. Понятно, что в эту группу может попасть значительное число детей, фактически выбывших из района.

Получив соответствующие ряды, автор приступает к конструированию необходимой совокупности детей данного возраста, находившихся под наблюдением консультации. Ясно, что результаты таких вычислений, построенных на заведомо неправильной предпосылке, не могут привести к достоверным выводам. А между тем вся довольно сложная методика аргументируется как раз необходимостью наибольшей точности вычисления.

Мы рекомендовали бы, с своей стороны, работникам охраны материнства и младенчества не следовать по пути, предлагаемому

т. Левитиной. Имеются другие, гораздо более простые возможности получения содержания и действительной возрастной характеристики заболеваемости, если к тому только есть особая необходимость. Об этом мы говорили вначале. Для определения контингента населения, обслуживаемого консультацией, нет ничего принципиально отличного по сравнению с определением контингента населения, обслуживаемого другими лечебными учреждениями. Контингентом является население соответствующей категории данного района обслуживания. Повторяем, что в условиях консультации этот контингент может быть определен непосредственно самой консультацией, по материалам проверки своей картотеки и фактического обследования территории района на начало и конец года. Эти данные дают возможность вычислить среднее число детей, бывших под наблюдением в течение года по каждой возрастной группе.

Даже используя предложенное распределение данных, приведенных автором, легко видеть, что результаты можно получить гораздо проще, и, как видно из данных таблицы, по тем возрастным группам, где влияния искажающих методов, допущенных консультацией, очевидно, играли небольшую роль, исчисление соответствующей совокупности среднего населения простым способом и приведенным автором более сложным способом примерно приводят к одинаковым результатам: например, автор исчисляет среднее число детей, находящихся под наблюдением консультации в возрасте 6—11 месяцев, равным 1 091. По простому методу это число равно сумме данных граф 2 и 6 по соответствующим возрастам:

$$(80 + 99 + 93 + 78 + 66 + 96) + (87 + 82 + 100 + 107 + 101 + 95) = 1 094.$$

Результаты, как мы видим, очень мало расходятся с приведенными автором.

При правильном исчислении оно иначе и быть не может. Если для данного примера исчисления простым методом расходятся с исчислениями автора, то это говорит не в пользу автора, допустившего совершенно произвольное толкование контингента консультации и совершенно неправильный прием в определении движения контингента консультации.

Вместо весьма сложных и притом далеко не точных приемов, указанных т. Левитиной, для широкой практики следует рекомендовать сравнительно простой и доступный способ исчисления показателей заболеваемости и смертности. Способ этот заключается в том, чтобы соответствующие показатели для грудного возраста вычислять отношением числа заболевших или умерших к числу родившихся в районе консультаций. При значительных колебаниях числа рождений вводить соответствующие поправки (например, для исчисления показателей смертности брать  $\frac{2}{3}$  рождений текущего года плюс  $\frac{1}{3}$  рождений предшествующего года). Для старших возрастов (от 1 года до 3 лет) следует брать отношение к численности детского населения соответствующего возраста, определяемое ежегодно по 1.1 по фактическому учету (точнее можно брать среднее из 2 лет). Впрочем, следует иметь в виду, что на практике значительную пользу оказывает изучение динамического ряда наблюдений за несколько лет и для более детального суждения о возрастных особенностях в пределах нескольких месяцев можно без большой погрешности пользоваться экстенсивным распределением.

Вообще же надо предостеречь против чрезмерного увлечения детальной возрастной разработкой в пределах одной консультации. Вряд ли возможно в этих рамках допустить более значительную дробность возрастных групп, чем годичные группы. Даже в самых крупных консультациях, обслуживающих 6, 7, 8 участков, группа грудных детей охватывает до 1,5 тысяч детей. Недопустимо дробить эту группу на более мелкий возраст. Это можно делать только в отношении некото-

рых заболеваний, где возрастное распределение заведомо является особо характерным. В отношении других заболеваний полученное различие едва ли будет убедительно и свободно от искажающего влияния случайного распределения.

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТРЕПТОЦИДОМ И СИМПАТОМИМЕТИНОМ

Д-р мед. наук проф. А. П. Николаев  
(Сталино, Институт ОХМД, дир. И. Я. Вольперт)

Ставя перед собой задачу разработки эффективных методов профилактики послеродовой септической заболеваемости, мы вели нашу работу в двух основных направлениях: 1) осуществления мероприятий по охране организма роженицы и родильницы от внедрения в него патогенных микроорганизмов, особенно в процессе родового акта, и 2) мероприятий по мобилизации защитных свойств и способностей организма роженицы на случай внедрения в него инфекции в процессе родового акта.

Мы не можем согласиться с проф. Скробанским, который считает, что современные меры асептики уже почти полностью обеспечивают устранение инфекции. Напротив, мы полагаем, что не все еще источники инфекции нами полностью изучены, а, следовательно, не могут быть полностью и устранены или обезврежены. Однако мы согласны со Скробанским в том отношении, что « дальнейшие достижения в борьбе с послеродовой заболеваемостью мы должны искать в максимальном сбережении и мобилизации всех защитных сил организма ». Точно так же мы полностью присоединяемся к выводам проф. Бубличенко, который на основании многочисленных работ своей школы полагает, что для снижения послеродовой заболеваемости и смертности необходимо перестроить профилактические мероприятия в сторону учета и подготовки к родовому акту неустойчивых по отношению к септической инфекции беременных.

В работе «Основные санитарно-гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия в борьбе с послеродовой септической заболеваемостью»<sup>1</sup> мы с достаточной подробностью сообщили о разработанных, широко и планово применяемых и рекомендуемых нами мероприятиях по охране организма роженицы от внедрения в него патогенных микроорганизмов в процессе родового акта и не будем возвращаться к этому вопросу.

Ограничимся указанием, что тогда же нами было высказано предположение, что для успеха профилактических мероприятий на случай или в случае внедрения инфекции в организм роженицы необходимо стремиться привести в оптимальное состояние две основные защитные системы организма: ретикуло-эндотелиальную и вегетативную нервную.

Множество работ последних лет, главным образом школы акад. Богомольца и акад. Сперанского, а также наши собственные экспериментальные исследования и клинические наблюдения с полной очевидностью подтвердили огромную роль и значимость в возникновении инфекционного процесса, с одной стороны, физиологической системы соединительной ткани, синонимом которой, по Улезко-Строгановой, является ретикуло-эндотелиальная система и, с другой — нервной системы. Клетки ретикуло-эндотелиальной системы обладают фагоцитарной способностью

<sup>1</sup> Вопросы материнства и младенчества, № 3, 1939.

в большей степени, чем все другие клетки организма. Такая же большая, хотя и не исключительная роль, принадлежит ретикуло-эндотелиальной системе в выработке различных антител: антитоксинов, агглютининов, бактериолизинов и др.

Однако ни на минуту нельзя забывать, что в организме как целом все физиологические системы находятся в постоянном взаимодействии.

И физиологическая система соединительной ткани, оказывая, несомненно, могучее влияние на другие системы организма, в то же время сама неизбежно отражает на себе разнообразные воздействия этих других систем организма, в первую очередь нервной и эндокринной.

Современная патофизиология придает громадное значение нервной системе, наряду с физиологической системой соединительной ткани, в возникновении и развитии, а, следовательно, также в профилактике и лечении септических заболеваний. Таким образом, игнорировать в профилактических мероприятиях возможность воздействия на организм роженицы также и с этой стороны нам представлялось невозможным и недопустимым.

Несколько лет назад акушеры пытались достичнуть мобилизации защитных сил организма путем профилактической вакцинации беременных и рожениц специально приготавляемыми стрепто- и стафиловакцинами (Лурье, Янкелевич, Елкин, Миронова и др.). Одно время в ЦНИАГИ применялась систематическая профилактика беременных токсинодержащей вакциной. Однако эти методы оказались, с одной стороны, достаточно громоздкими и мало доступными для родильных стационаров обычного типа, а с другой — недостаточно эффективными. Так, по свидетельству проф. Бубличенко, применение токсинвакцины на нескольких тысячах беременных не дало значительного снижения заболеваемости.

Исходя из необходимости вести борьбу с послеродовой заболеваемостью обязательно и одновременно в двух указанных выше направлениях, мы лично ставили перед собой также задачу разработки только таких профилактических мероприятий, которые, наряду с достаточной эффективностью, были бы вполне доступны для применения в условиях любого родильного стационара, независимо от его величины и оснащенности.

После первых и почти сразу весьма многочисленных и весьма благоприятных сообщений о стрептоциде как лечебном средстве, особенно же после экспериментальных работ Лебедевой, Улезко-Строгановой, Смородинцева, Хаскина, Персианинова и др., доказавших могучее стимулирующее влияние стрептоцида на ретикуло-эндотелиальную систему, мы остановили наш выбор на последнем, решив испытать его именно в целях профилактики послеродовой инфекции. В значительной мере мы руководились при этом и заключением проф. Л. И. Бубличенко: «Терапевтический эффект стрептоцида при септических послеродовых заболеваниях обусловливается, повидимому, резко выраженной стимуляцией ретикуло-эндотелия. Ввиду этого, а также на основании бактериологических исследований стрептоцид следует испытать как профилактическое средство в случаях, угрожающих септической инфекцией»...<sup>1</sup>

В настоящее время можно, повидимому, считать установленным, что механизм действия стрептоцида заключается в следующем: 1) в повышении важнейших иммунобиологических свойств организма, как, например, резкое повышение фагоцитоза, агглютинирующей способности крови и т. п.; 2) в ослаблении вирулентности инфекции, так как стреп-

<sup>1</sup> Акушерство и гинекология, № 8, стр. 85, 1937.

тоцид препятствует микробам использовать те вещества организма, из которых микробы строят свои капсулы, в значительной мере защищающие их от воздействия среды, и 3) в нейтрализации микробных эндотоксинов (Бубличенко, Хаскин, Рабинович, Левадити, Райсман, Рейнье).

Второе, избранное нами для целей профилактики средство — симпатомиметин. Школой Сперанского с достаточной убедительностью доказана огромная роль нервной системы в патологических и, в частности, инфекционных процессах. Школа Могильницкого признает, что нервная система принимает весьма видное участие в процессах иммунитета, причем считает, что роль анимального отдела нервной системы здесь лишь косвенная и что главное значение принадлежит вегетативной нервной системе. Опыты Метальникова показали, что ретикуло-эндотелиальная система находится под влиянием вегетативной нервной системы. По данным Могильницкого, способность вырабатывать специфические антитела против определенного антигена, присущая клеткам и тканям, тоже регулируется в организме вегетативной нервной системой. Основным регулятором общей реактивности организма по отношению к инфекционному или токсическому началу и соответствующих перестроек реакций в различных отделах является вегетативная нервная система. В этих реакциях совершенно особое и исключительно важное значение имеет симпатическая нервная система как система трофическая, адаптационная (по Орбели), т. е. система, ведающая всеми жизненными функциями всех тканей и клеток организма, регулирующая эти функции, характеризующаяся способностью мгновенно перестраиваться и приспособлять последние ко всем изменениям внутренней и внешней среды. Действие симпатомиметина вполне подобно действию симпатических нервных импульсов. Симпатомиметин усиливает деятельность сердца и кровеносных сосудов, повышает работоспособность гладкой мускулатуры, повышает тонус самой симпатической нервной системы, выравнивает имеющиеся патологические сдвиги в вегетативной нервной системе, приводя последнюю к физиологической норме. Чукичев считает, что вмешательство в патологические процессы при помощи этого препарата является вмешательством в симпатическую трофику организма, поскольку продукт кислотного гидролиза фибрина во всех опытах и на всех объектах неизменно вызывает вполне типичный симпатический эффект.

Симпатомиметин (Могильницкий, Илькевич и Пшеницына, Мусиццев и Ширман) на людях явно и резко стимулирует деятельность элементов ретикуло-эндотелиальной системы.

Избрав для целей профилактики два вышеуказанных препарата, мы построили нашу работу по их изучению следующим образом.

Нашим сотрудником д-ром Мусиццевой была проведена экспериментальная работа на большом количестве (свыше 500) белых мышей, из которых одна большая группа заражалась пятикратными смертельными дозами мытного стрептококка, другая группа — двукратными дозами гемолитического стрептококка Dick II.

Каждая группа разбивалась на серии: в первой серии введение профилактических средств производилось одновременно с заражением животных, во второй серии — за 1 день до заражения, в третьей — за 2 дня, в четвертой — за 3 дня и в пятой — за 4 дня до заражения.

Мыши каждой серии разбивались на четыре группы: одна оставлялась в качестве контрольной, вторая назначалась для профилактики стрептоцидом; третья — симпатомиметином и четвертая — комбинацией стрептоцида и симпатомиметина. Доза стрептоцида была 0,025 (0,5 4% раствора на одну инъекцию); доза симпатомиметина — 0,025 (полкапли в 1 см<sup>3</sup> физиологического раствора на одну инъекцию). Культуры стрептококка вводились внутрибрюшинно, профилактические средства — под кожу.

Окончательные результаты в отношении гибели и выживания мышей представлены в таблице.

**Результаты профилактики экспериментального сепсиса у белых мышей стрептоцидом, симпатомиметином и комбинацией их**

Серия	Мытный стрептококк				Гемолитический стрептококк			
	контроль		профилактика		контроль		профилактика	
	гибель в %	стрептоцид	симпатомиметин	комбинация	гибель в %	стрептоцид	симпатомиметин	комбинация
% выживших								
1-я	100	40	50	40	100	25	37	25
2-я	100	40	50	40	100	50	25	25
3-я	100	60	50	60	100	37	37	50
4-я	100	70	80	80	100	50	50	62
5-я	100	80	80	90	100	78	78	85

Примечания: 1. Серия 1-я — введение препарата одновременно с заражением, серия 2-я — однодневная профилактика, серия 3-я — двухдневная, серия 4-я — трехдневная, серия 5-я — четырехдневная.  
2. Общее число мышей в эксперименте — 500 штук.

Было установлено, что если животные погибали, то гибель их наступала тем позднее, чем раньше начинались профилактические инъекции.

При бактериологическом исследовании павших или убитых мышей контрольной группы уже через 12—13 часов после заражения отмечалась картина прогрессирующего септического процесса, тогда как у мышей, подвергавшихся профилактике, через 12—13 часов стрептококки обнаруживались лишь нерегулярно в селезенке и печени, через 36 часов после заражения органы выживших мышей этой группы полностью освобождались от стрептококка. При исследовании мазков из перитонеального экссудата, взятых от контрольных мышей, через 12 часов после заражения обнаруживается масса стрептококков и сегментоядерных лейкоцитов, причем стрептококки располагаются как внеклеточно, так и в лейкоцитах, как бы нафаршированных микробами и в большинстве случаев обнаруживающими явления распада. В мазках из перитонеального экссудата животных, подвергавшихся профилактике, через 12 часов после заражения, наряду с сегментоядерными лейкоцитами, встречается много моноцитов и лимфоцитов, и только в нескольких случаях можно было обнаружить небольшое количество микробов, фагоцитированных лейкоцитами, которые при этом не представляли никаких явлений распада.

Специальные гистологические исследования печени, селезенки и почек убитых мышей, прошедших профилактику, неизменно и с большой ясностью показывали нам наличие резкой активизации ретикуло-эндотелия в тех случаях, в которых применялся симпатомиметин, и менее выраженной, но все же вполне ясной активизации в случаях применения стрептоцида. Комбинация стрептоцида с симпатомиметином в отношении усиления пролиферативной функции ретикуло-эндотелия не имела преимуществ, но обнаруживала большее активирующее эффекта, нежели один стрептоцид; животные, самостоятельно погибшие через 24—72 часа в результате развившегося сепсиса, обнаруживают полное отсутствие ретикуло-эндотелия. Совершенно ясна также зависимость между интенсивностью стимуляции ретикуло-эндо-

телия у мышей, прошедших профилактику, и количеством профилактических инъекций; чем больше было последних, тем резче было выражено повышение пролиферативной функции ретикуло-эндотелия в исследованных органах.

Вторая работа, выполненная кандидатом медицинских наук Д. А. Ширман, имела целью исследовать, вызывает ли стрептоцид и симпатомиметин на людях активизацию других важных функций ретикуло-эндотелия — поглотительной и выделительной. Исследования проведены на 128 женщинах с абсолютно нормальным послеродовым периодом и частично на гинекологических больных путем определения конгортового индекса после введения стрептоцида и симпатомиметина.

Мы вынуждены быть весьма осторожными в выводах, так как наш материал невелик, а главное, исследования производились на людях, в организме которых в период исследований совершились динамические процессы либо послеродовой инволюции, либо развития гинекологического заболевания. Во всяком случае на основании этих исследований можно говорить лишь о некоторой стимуляции поглотительной и выделительной функций ретикуло-эндотелиальной системы, причем стимуляция эта была более резко выражена в случаях профилактического применения симпатомиметина.

В третьей работе, чисто клинической, посвященной стрептоциду, наш сотрудник д-р Никоненко изучил течение послеродового периода у 1 200 родильниц, не получавших стрептоцида, и у 1 200 родильниц, получавших, как правило, стрептоцид после всякого внутриматочного вмешательства или же при первом повышении температуры, даже после нормальных родов. В первой группе, не получавшей стрептоцида, оказалось 199 послеродовых заболеваний (16%). Во второй группе оказалось 113 случаев заболеваний (9,4%), причем температурная характеристика и общее течение в обеих группах заметно отличались друг от друга явно в пользу группы женщин, получавших стрептоцид. Среди заболевших женщин этой группы преобладало подлихорадочное течение, а лихорадочное, если и наблюдалось, то не отличалось особой тяжестью. В группе женщин, не получавших стрептоцида, процент тяжелого течения заболеваний был в 5½ раз больше, чем в группе, получавших стрептоцид. В частности, послеродовый период после ручного обследования матки в группе женщин, не получавших стрептоцида, дал 23,6% случаев лихорадочного течения, в то время как в группе женщин, получавших стрептоцид, лихорадочное течение наблюдалось лишь в 11,6% случаев.

Наконец, четвертая, заключительная и суммирующая работа выполнена лично мною, так как в целях точности и полного единобразия оценки данных я считал недопустимым передоверять это дело кому бы то ни было. Поэтому мною были разобраны 9 045 историй родов и послеродового периода. При этом были выделены следующие три группы.

Первая группа, контрольная, охватывала 3 529 родов. В этой группе профилактика стрептоцидом и симпатомиметином не применялась. Однако в большом числе случаев внутриматочных вмешательств в этой группе широко применялась антистрептококковая сыворотка.

Во вторую группу вошло 3 480 рожениц, по отношению к которым была применена так называемая «поздняя профилактика» стрептоцидом, когда только после внутриматочных вмешательств или при повышении температуры, отчего бы она ни происходила, обязательно и сразу назначался стрептоцид внутрь, по преимуществу белый, по 1,5 г в день.

В третью группу вошло 2 036 родов. В этой группе мы применяли так называемую «раннюю профилактику», назначая наши профилактические средства в порядке их изучения таким образом: все роженицы

этой группы были разбиты на 3 подгруппы. В первой подгруппе каждой поступающей роженице еще в смотровой начинали давать внутрь стрептоцид по 0,3 г пять раз в день. Независимо от течения, продолжительности и времени окончания родов стрептоцид продолжали давать, кроме дня поступления, еще 3 дня.

Роженицы второй подгруппы получали также с момента поступления симпатомиметин по 4 капли внутрь в 50 см<sup>3</sup> воды один раз в день, по возможности утром и натощак. Считая день поступления, симпатомиметин давался 3 дня подряд.

Роженицы третьей подгруппы получали одновременно стрептоцид и симпатомиметин в указанной дозировке 3 дня подряд. Если по истечении 3 дней у роженицы или родильницы продолжала держаться фебрильная или субфебрильная температура, то стрептоцид назначался и в последующие дни до стойкого снижения температуры.

Нормальное течение послеродового периода наблюдалось в контрольной группе в 80% случаев, в группе поздней профилактики — в 86,6% и в группе ранней профилактики — в 87,2% случаев. Однократное или однодневное повышение температуры соответственно составило 2,8, 4,2, 4,6%. Таким образом, мы видим как будто неблагоприятную картину: явное нарастание случаев с однократным повышением температуры в группах рожениц, которые подвергались профилактике. Однако это нарастание однократных повышений, которые практически не имеют почти никакого значения, идет за счет резкого снижения подлихорадочного и, что особенно важно, лихорадочного течения пуэрперия. Так, если подлихорадочное течение в контрольной группе имело место в 12,5% случаев, то в группе поздней профилактики оно наблюдалось уже лишь в 7,3%, а в группе ранней профилактики — в 7% случаев.

Особенно, однако, показательны цифры лихорадочного течения послеродового периода. На 3 529 родов контрольной группы лихорадочное течение зарегистрировано в 143 случаях, что составляет 4,6%.

Из 3 480 женщин, которые подверглись поздней профилактике, лихорадили всего 66, что составляет 1,9%. Наконец, в случаях применения ранней профилактики лихорадили 25 из 1 615 родильниц, или 1,3%. Рассматривая случаи лихорадочного течения послеродового периода по степени его тяжести, мы видим, что в контрольной группе легкое течение наблюдалось в 41,9% случаев, а тяжелое — в 18,8%; при поздней профилактике легкое течение было установлено в 71,4% случаев, а тяжелое в 9% и, наконец, в группе ранней профилактики число легких случаев составило 81%, а тяжелых случаев не было. Остальные случаи средней тяжести составляли в контрольной группе 39,3%, а в двух группах, в которых была применена профилактика, по 19%. Основные послеродовые заболевания падают на легкие путеридные эндометриты, нередко протекавшие даже без повышения температуры, и на субинволюцию матки. Бестемпературное течение эндометритов отмечено в контрольной группе в 7% по отношению ко всем эндометритам, при поздней профилактике — в 16,8% и при ранней профилактике — в 30% случаев. Инфекционные заболевания, вышедшие за пределы матки, составили по отношению ко всем акушерским заболеваниям 1,8% в контрольной группе, 1,5% во второй группе и 1,1% в группе ранней профилактики. Общая генерализованная инфекция наблюдалась в 4 случаях контрольной группы, т. е. в 1,8% по отношению ко всей акушерской заболеваемости, или в 0,11% по отношению к числу родов; в группе поздней профилактики — 0,7% к акушерской заболеваемости, или 0,05% к общему числу родов; наконец, в группе ранней профилактики генерализованных септических заболеваний не было вовсе.

Смертность дала следующие цифры: в контрольной группе — общая

0,14%, септическая 0,057%; во второй группе — общая 0,066%, септическая 0,033%; в третьей группе — общая 0, септическая 0.

Весьма интересные данные о послеродовом течении получены нами по тем же трем группам после родов, сопровождавшихся внутриматочными вмешательствами.

В контрольной группе на 3 529 родов было 129 случаев вмешательств, в группе поздней профилактики на 3 840 родов — 187 вмешательств и в группе ранней профилактики на 1 615 родов — 124 вмешательства.

В первой, контрольной группе нормальное течение пуэрперия наблюдалось в 7%, в группе поздней профилактики — в 51,8%, в группе ранней профилактики — в 65,5% случаев. Подлихорадочное течение составляло соответственно 39, 30 и 20%. Лихорадочное течение — 29,3, 9,6 и 4%. При этом лихорадочное течение тяжелое и средней тяжести наблюдалось: в контрольной группе в 73%, во второй группе в 50%; в третьей группе случаев с тяжелым течением не было вовсе, с течением средней тяжести — 20% и в 80% наблюдалось легкое течение.

Еще более показательные цифры получились при рассмотрении случаев течения пуэрперия после ручного обследования матки и ручного отделения последа. Здесь имело место следующее: нормальное течение в контрольной группе наблюдалось в 34,1% случаев, в группе поздней профилактики — в 57,1%, в группе ранней профилактики — в 70,8%; подлихорадочное течение наблюдалось соответственно в 44,7, 29,6, 17,7%; лихорадочное течение — в 20, 3,5, 3,1%, причем легкое лихорадочное течение составило в контрольной группе 30%, во второй группе 75% и в третьей группе 100% случаев.

Если взять отдельно группу других акушерских операций, куда войдут щипцы, повороты, эмбриотомия и пр., то и здесь цифры с полной очевидностью говорят в пользу наших методов профилактики, а именно: нормальное течение в контрольной группе составило 33,3%, во второй группе — 49,2%, в третьей — 52%; лихорадочное течение наблюдалось соответственно: в 45,5, 19 и 4%.

Было бы, конечно, интересно провести сопоставление раннего применения профилактики в отношении каждого из упомянутых профилактических средств. Это сопоставление, однако, встречает некоторые затруднения, так как, разбивая группу на три подгруппы, т. е. на подгруппы, получавшие стрептоцид, симпатомиметин и комбинацию из этих препаратов, мы получим в каждой из них лишь по несколько сот случаев, что требует от нас особенной осторожности в заключениях. Поэтому мы воздерживаемся пока от окончательной оценки преимуществ и недостатков каждой из этих подгрупп, тем более, что полученные нами результаты говорят, повидимому, о приблизительной равнотяжности этих методов. Так, нормальное течение пуэрперия получено во всех подгруппах в почти одинаковом числе случаев, а именно в 87—87,3%. Правда, анализ случаев, протекавших лихорадочно, повидимому, говорит в пользу комбинации стрептоцида с симпатомиметином, поскольку в группе комбинированного применения получено лишь 0,8% случаев лихорадочного течения, тогда как в группах, где применялся симпатомиметин или стрептоцид, — в 1,4% случаев в каждой. Следует отметить отсутствие случаев тяжелого лихорадочного течения во всех подгруппах.

После оперативных вмешательств преимущество находится, повидимому, на стороне симпатомиметина, давшего 2,8% случаев лихорадочного течения против 4,7% (стрептоцид) и 2,8% (комбинированная профилактика) в двух других группах.

Случаи инфекции, вышедшей за пределы матки, в группе применен-

ния стрептоцида составили 0,13% ко всем родам, в группе применения симпатомиметина — 0,2%, в комбинированной группе — 0. Генерализованная инфекция и смертность равнялись 0 по всем группам.

Наш материал, хотя и довольно значительный, мы считаем все же еще недостаточным для окончательных выводов. Нужны десятки тысяч наблюдений. Это дело не под силу одной небольшой клинике. Необходимо, чтобы и другие клиники и родильные дома занялись в свою очередь проверкой предлагаемого метода профилактики, накоплением клинического материала, что позволило бы уже через год дать окончательную и непреложную оценку ему.

Мы же лично не думаем останавливаться на достигнутом и полагаем, что введение в наш комплекс профилактических мероприятий антитоксической сыворотки акад. Богомольца еще более приблизит нас к победе над пuerperальным сепсисом.

---

## ОПЫТ РАБОТЫ ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОММ

*B. P. Скляр*

(зав. консультацией — доц. А. А. Лебедев)

В настоящее время вопросы профилактики врожденного сифилиса стоят в центре внимания венерологов, педиатров и акушеров и являются тем «стыком», где сходятся эти три специальности. Вот почему на заре существования советского здравоохранения представители венерологических специальностей (проф. М. М. Райц в Москве и проф. Л. И. Эрлих в Ленинграде) уделяли так много внимания этому вопросу. Проф. Эрлих на первом же съезде венерологов в 1923 г. выдвинул основные положения по борьбе с врожденным сифилисом. В Москве проф. Райц, руководя этой отраслью работы, в целом ряде трудов детализирует методику профилактики врожденного сифилиса. Независимо от этого она выступает весьма активно на педиатрических и венерологических съездах по этому же вопросу.

Благодаря такой широкой подготовке врачебной общественности настороженная жизненная потребность вывести работу по борьбе с врожденным сифилисом на широкий самостоятельный путь, осуществляя ее в женских консультациях детальным и поголовным обследованием беременных. Важность и актуальность проведения такой профилактической работы подтверждается цифровыми итогами целого ряда авторов, отмечавших с несомненностью, что у нас в СССР в результате широкой диспансеризации населения и активной борьбы с венерическими болезнями количество скрытых и явных сифилитичек, не говоря уже о врожденном сифилисе среди беременных, значительно снизилось.

Так, проф. Эрлих дает следующие цифры по Ленинграду: в 1923 г. на 1 000 беременных приходилось 0,9% активного сифилиса, общий же показатель сифилиса среди беременных превышает 6%; в 1929 г. манифестный сифилис среди той же категории снизился до 0,27%, т. е. более чем в три раза. Раннее прикрепление беременных к консультациям Ленинграда в 1923 г. охватывало 11,8%, а в 1928 г. — 23,2% женщин. Данные 1937 г. по Ленинграду указывают на дальнейший рост ранних прикреплений.

Биргер, как и другие, настаивает на следующих пунктах: «1) исследование крови должно производиться у беременных в первые месяцы,

а в послеродовом периоде не раньше конца второй недели; 2) наличие повторной положительной реакции Вассермана в первые месяцы беременности следует считать достаточным показанием к специфической терапии даже при отрицательном анамнезе и отсутствии других данных объективного исследования». Биргер отмечает также, что при «цветущих» проявлениях сифилиса у новорожденных, обычно у 97% их матерей серопреакции бывают положительными. Кроме того, скрытый сифилис дает у беременных положительные серопреакции чаще, чем у женщин, больных скрытой формой сифилиса вне беременности.

Кисин за период с 1934 по 1936 г. обследовал 7 136 беременных; среди них выявлено 56 случаев сифилиса в различных стадиях. Серопреакции производились поголовно, причем у 116 беременных они оказались повторно положительными (из них резко положительными — 100 случаев). Таким образом, резко положительные серопреакции у беременных составили 1,4% всех обследованных. Часть этих женщин (28) имела также клинические проявления сифилиса; среди остальных 87 женщин у значительного большинства (73) при углубленном обследовании можно было обнаружить и данные (акушерский анамнез, поражения висцерального характера и т. д.), говорящие о наличии скрытого сифилиса.

Мерин указывает, что повторная резко положительная серопреакция у беременных, даже при отсутствии клинических и анамнестических данных, в подавляющем большинстве случаев является показателем скрытого сифилиса и, следовательно, показанием к обязательному применению специфической терапии. Последняя, по мнению Мерина, должна проводиться также в случаях с повторной слабо положительной серопреакцией. Тот же автор, как и другие, отмечает преобладание среди беременных случаев «неведомого» сифилиса. Эти данные литературы и опыта крупных специалистов побудили нас в работе женской консультации ЦНИОММ сосредоточить внимание на следующих моментах: 1) раннее прикрепление беременных к консультациям; 2) поголовное их обследование и «вассерманизация»; 3) тщательное выявление больных среди беременных; 4) надзор за аккуратным и энергичным лечением беременных сифилитичек; 5) тесный контакт с врачами-акушерами для немедленного выявления и обследования вновь появляющихся беременных; 6) тщательный инструктаж и активизация чрезвычайно важной работы патронажной сестры.

На сестру возлагается техника проведения обследования беременных у разных специалистов, учет всех вновь поступающих беременных, перевод больных женщин по указанию врача на специальное лечение и надзор за точностью его выполнения, прикрепление матерей, больных сифилисом, к родильным домам и в дальнейшем к соответствующим консультациям, а детей к детским консультациям. Конечно, работа патронажной сестры носила главным образом технический характер и постоянно контролировалась и направлялась врачом, дермато-венерологом.

Наша работа в дермато-венерологическом кабинете женской консультации ЦНИОММ охватывает период с февраля 1937 г. по июль 1939 г., т. е. 2½ года. Через наш кабинет прошли 2 652 беременных женщины, из коих подверглось вассерманизации 2 448 (94%); реакция Вассермана не проведена у 204 (6%) беременных. Следует указать на то, что последняя цифра падает главным образом на более ранний период нашей работы, когда вследствие некоторых технических неполадок не удавалось проследить за точным проведением поголовной вассерманизации. За последний год, т. е. с конца 1938 г., нам удалось достигнуть почти сплошной (100%) вассерманизации всех вновь поступающих под наблюдение консультации беременных.

Что касается второго раздела нашего плана, т. е. ранних сроков серологического обследования, то с этим вопросом дело обстояло сложнее, так как осуществлению этой задачи препятствовал целый ряд причин: поздняя первичная явка беременных — домохозяек — в консультацию для женщин, отсутствие инструктажа беременных, нечеткая постановка и осуществление их обследования на сифилис.

2 428 женщин, подвергшихся серологическому и общему исследованию, явились в следующие месяцы беременности:

I	месяц . . . . .	380	женщин . . . . .	15,8%
II	» . . . . .	578	» . . . . .	24%
III	» . . . . .	519	» . . . . .	21,4%
IV	» . . . . .	397	» . . . . .	16,5%
V	» . . . . .	278	» . . . . .	11,6%
VI	» . . . . .	147	» . . . . .	6,0%
VII	» . . . . .	56	» . . . . .	2,3%
VIII	» . . . . .	62	женщины . . . . .	2,5%
IX	» . . . . .	11	женщин . . . . .	0,5%
2 428 женщин				

Таким образом, в первые 2 месяца беременности обследованию подверглись 39,8% беременных, на III и IV месяце — 37,9%. Всего нами обследовано в течение 4 месяцев беременности 77,7% беременных, обратившихся в консультацию, т. е. немного больше трех четвертей общего количества. Эти цифры, конечно, не являются идеалом, так как свыше 20% женщин попадали в наш кабинет в начале или в течение второй половины беременности. Следует отметить, что количество поздних обследований с каждым месяцем все более и более снижалось благодаря тесной контактной работе нашего кабинета в лице врача и патронажной сестры с остальными звенями консультации и в первую очередь с акушерскими кабинетами, где беременные немедленно брались на учет.

Раннее и поголовное привлечение беременных к обследованию являлось нашей главной задачей, но, к сожалению, осуществление ее наталкивалось на некоторые неизбежные трудности. Среди обследованных в ранние сроки беременных подавляющее большинство падало на работниц; с домохозяйками, не нуждавшимися в официальном оформлении своей беременности, дело обстояло значительно хуже: здесь цифры поздней обращаемости беременных в консультацию значительно выше, и поэтому выявление больных с последующим специфическим лечением, вследствие краткости оставшегося срока, наступало позже, что ставило эту группу женщин в менее благоприятные условия.

Из числа обследованных нами 2 428 матерей оказались здоровыми 2 397. Состояние остальных женщин (31) характеризуется следующими серологическими данными: положительные результаты реакции Вассермана были у 10 беременных, резко положительные — у 15; положительные при наличии других положительных диагностических данных (анамнез, резидуальные явления на коже и слизистых, свежие эфлоресценции) — у 6. Среди остальных 25 беременных при отсутствии кожных проявлений все же в подавляющем большинстве (у 9 женщин) удалось обнаружить несомненные данные, указывающие на сифилис, например указания общего и особенно акушерского анамнеза, обследование членов семьи, и, в частности, главным образом мужа, висцеральные проявления сифилиса (аорта!), изменения со стороны центральной нервной системы и пр.

Таким образом, наши данные, как и цифры других авторов, подтверждают, что положительная реакция Вассермана в крови у беременных является чрезвычайно важным моментом, и вопрос о необходи-

ности специфической терапии беременных в целях профилактики врожденного сифилиса бесспорен. Здесь мы все же вводим две оговорки. При наличии положительной реакции Вассермана у беременной необходимо: 1) углубленное обследование с целью выявления дополнительных прямых и косвенных данных, 2) повторное исследование крови у беременной. Последнее мы старались проводить в двух разных лабораториях.

Беременных, обследованных нами, мы делили на три категории: 1) здоровых, 2) больных, подвергаемых лечению, и 3) подозрительных, находящихся под наблюдением. Для женщин последних двух категорий мы вели особые учетные карточки по специальной схеме, сопровождавшие беременных через консультации и родильный дом и вновь возвращавшиеся в женскую и детскую консультацию. Это были так называемые «санитарные паспорта». В отношении подозрительных мы ограничивались наблюдением за исходом беременности и здоровьем ребенка в течение первого года жизни. У больных проводилась специфическая терапия, документировалось течение и исход беременности, состояние здоровья и развития ребенка в течение первых 3 лет жизни.

В своей предыдущей работе, помещенной в этом же журнале<sup>1</sup>, мы уже указали, какие клинические и анамнестические данные дают нам право отнести ту или другую беременную к категории больных или подозрительных. В карте обследования мы ввели особый пункт, в котором врач, дермато-венеролог, делает вывод и указывает, на основании каких клинических и анамнестических данных беременная относится им к числу больных или подозрительных на сифилис.

Результаты нашей работы в женской консультации ЦНИОММ, в сожалению, еще не полны, так как практически ранний охват всех беременных матерей поголовным обследованием и «вассерманизацией» еще не удается. А между тем в настоящее время, проводя борьбу за здоровое потомство и прекращение абортов, мы — медицинские работники и в первую очередь дермато-венерологи — должны гарантировать даже большой женщине рождение полноценного и жизнеспособного ребенка. Вот почему женским консультациям необходимо зострить свое внимание на этом важном участке работы по линии профилактики врожденного сифилиса.

---

<sup>1</sup> Вопросы материнства и младенчества, № 4, 1940.

Ответственный редактор Ф. И. Зборовская

---

Год издания 16-й. Тираж 13 180 экз. Подписано в печать 3.VI.1941 г.  
Л123326. 3½ п. л., 5,5 авт. л. 64 000 зн. в 1 п. л. Заказ 837. Цена 1 р. 25 коп.

---

Типография «Известий Советов депутатов трудящихся СССР», Москва.

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Н. В. Мананникова. О ясельном проектировании . . . . .	1
М. Я. Турецкий. К вопросу о ранней диагностике энцефалита у детей в раннем возрасте . . . . .	7
М. Шишлянникова. Роль патронажной сестры в борьбе с инфекционными заболеваниями . . . . .	12
 ОПЫТ БОРЬБЫ С ДЕТСКИМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ НА СЕЛЬСКОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ	
I. В. Е. Шипова. О санитарно-профилактической работе Валтанского врачебного участка . . . . .	18
II. И. К. Волоцкий. Борьба с детскими инфекциями на Дуниловском врачебном участке . . . . .	20
Е. Ф. Рау. Воспитание слепых детей . . . . .	22
С. П. Катченко. Сезонные язви в колхозах . . . . .	29
И. Д. Отдельнов. Как вести санитарно-просветительную работу среди женщин на селе . . . . .	32
М. К. Рохлин. По поводу профилактики гриппа у маленьких детей . . . . .	34
Г. А. Баткис. Неправильные предложения . . . . .	35
А. П. Николаев. Профилактика послеродовых септических заболеваний стрептоцидом и симпатомиметином . . . . .	41
В. Р. Скляр. Опыт работы дермато-венерологического кабинета женской консультации Государственного научно-исследовательского института ОММ . . . . .	48

---

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

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

---