

Вопросы
МАТЕРИНСТВА
и
МЛАДЕНЧЕСТВА

7-8

НАРКОМЗДРАВ СССР · МЕДГИЗ

МОСКВА · 1941

СОДЕРЖАНИЕ

Выступление по радио заместителя председателя Совета народных комиссаров Союза ССР и народного комиссара иностранных дел тов. Молотова . .	1
В. Логинава, Развитие речи у дошкольников в условиях костнотуберкулезных санаториев	3
М. Фалькенбер, Игры с дошкольниками в костнотуберкулезном санатории «Красная Роза»	8
С. Н. Борисевич, Опыт работы в 35-й и 24-й детских консультациях Москвы по устранению расстройства сна у детей раннего возраста	12
Ю. К. Полтева, О принципах построения режима питания в детской больнице	17
В. А. Полякова, Опыт сличения клинических и поликлинических диагнозов по материалам 2-й педиатрической клиники Омского медицинского института	25
Ф. Г. Клебанов, Организация переливания плацентарной крови в родильном учреждении	30
А. С. Теплякова, Опыт работы по сбору и переливанию плацентарной крови	34
Г. А. Галактионов, Аппарат для переливания крови	42
Г. А. Гутман, Пути снижения мертворождаемости	42
Официальная часть	46

Адрес редакции: Москва, Рахмановский пер., 3, Наркомздрав СССР,
тел. К-0-17-10, доб. 1-33.

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

**ВЫСТУПЛЕНИЕ ПО РАДИО
ЗАМЕСТИТЕЛЯ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ СОВЕТА
НАРОДНЫХ КОМИССАРОВ СОЮЗА ССР
И НАРОДНОГО КОМИССАРА ИНОСТРАННЫХ ДЕЛ
ТОВАРИЩА В. М. МОЛОТОВА**

22 июня 1941 г.

Граждане и гражданки Советского Союза!

Советское правительство и его глава тов. Сталин поручили мне сделать следующее заявление:

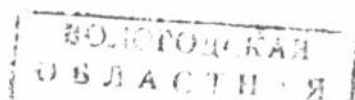
Сегодня, в 4 часа утра, без предъявления каких-либо претензий к Советскому Союзу, без объявления войны, германские войска напали на нашу страну, атаковали наши границы во многих местах и подвергли бомбежке со своих самолетов наши города — Житомир, Киев, Севастополь, Каунас и некоторые другие, причем убито и ранено более двухсот человек. Налеты вражеских самолетов и артиллерийский обстрел были совершены также с румынской и финляндской территории.

Это неслыханное нападение на нашу страну является беспримерным в истории цивилизованных народов вероломством. Нападение на нашу страну произведено, несмотря на то, что между СССР и Германией заключен договор о ненападении и Советское правительство со всей добросовестностью выполняло все условия этого договора. Нападение на нашу страну совершено, несмотря на то, что за все время действия этого договора германское правительство ни разу не могло предъявить ни одной претензии к СССР по выполнению договора. Вся ответственность за это разбойничье нападение на Советский Союз целиком и полностью падает на германских фашистских правителей.

Уже после совершившегося нападения германский посол в Москве Шуленбург в 5 часов 30 минут утра сделал мне, как Народному комиссару иностранных дел, заявление от имени своего правительства о том, что германское правительство решило выступить с войной против СССР в связи с сосредоточением частей Красной Армии у восточной германской границы.

В ответ на это мною от имени Советского правительства было заявлено, что до последней минуты германское правительство не предъявляло никаких претензий к Советскому правительству, что Германия совершила нападение на СССР, несмотря на миролюбивую позицию Советского Союза, и что тем самым фашистская Германия является нападающей стороной.

По поручению правительства Советского Союза я должен также заявить, что ни в одном пункте наши войска и наша авиация не допустили нарушения границы и поэтому сделанное сегодня утром заявлением румынского радио, что якобы советская авиация обстреляла румынские аэродромы, является сплошной ложью и провокацией. Такой же ложью и провокацией является вся сегодняшняя декларация Гитлера,



пытающегося задним числом состряпать обвинительный материал насчет несоблюдения Советским Союзом советско-германского пакта.

Теперь, когда нападение на Советский Союз уже совершилось, Советским правительством дан нашим войскам приказ — отбить разбойничье нападение и изгнать германские войска с территории нашей родины.

Эта война навязана нам не германским народом, не германскими рабочими, крестьянами и интеллигенцией, страдания которых мы хорошо понимаем, а кликой кровожадных фашистских правителей Германии, поработивших французов, чехов, поляков, сербов, Норвегию, Бельгию, Данию, Голландию, Грецию и другие народы.

Правительство Советского Союза выражает непоколебимую уверенность в том, что наши доблестные армия и флот и смелые соколы Советской авиации с честью выполнят долг перед родиной, перед советским народом, и нанесут сокрушительный удар агрессору.

Не первый раз нашему народу приходится иметь дело с нападающим зазнавшимся врагом. В свое время на поход Наполеона в Россию наш народ ответил отечественной войной и Наполеон потерпел поражение, пришел к своему краху. То же будет и с зазнавшимся Гитлером, объявившим новый поход против нашей страны. Красная Армия и весь наш народ вновь поведут победоносную отечественную войну за родину, за честь, за свободу.

Правительство Советского Союза выражает твердую уверенность в том, что все население нашей страны, все рабочие, крестьяне и интеллигенция, мужчины и женщины отнесутся с должным сознанием к своим обязанностям, к своему труду. Весь наш народ теперь должен быть сплочен и един, как никогда. Каждый из нас должен требовать от себя и от других дисциплины, организованности, самоотверженности, достойной настоящего советского патриота, чтобы обеспечить все нужды Красной Армии, флота и авиации, чтобы обеспечить победу над врагом.

Правительство призывает вас, граждане и гражданки Советского Союза, еще теснее сплотить свои ряды вокруг нашей славной большевистской партии, вокруг нашего Советского правительства, вокруг нашего великого вождя тов. Сталина.

Наше дело правое. Враг будет разбит. Победа будет за нами.

ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА

Ответственный редактор Ф. И. ЗБОРОВСКАЯ

Ответственный секретарь М. Ф. ЛЕВИ

1941

Орган НКЗдрава СССР

№ 7—8

РАЗВИТИЕ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ В УСЛОВИЯХ КОСТНОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ САНАТОРИЕВ

В. Логинова

Из детского костнотуберкулезного санатория «Красная Роза»

Устная и письменная речь имеет громадное значение в жизни человеческого общества. Русский педагог Ушинский так говорил о значении языка в жизни людей: «Язык есть самая живая, самая обильная и прочная связь, соединяющая живущие и будущие поколения народа в одно великое историческое живое целое».

Не менее важное значение имеет речь в жизни детей школьного и дошкольного возрастов. Для дошкольников речь является одним из действенных средств усвоения основ науки. Все преподавание в школе построено на основе передачи учителем учебного материала детям и от искусства учителя; от живости и яркости его речи, от четкости и правильности ее построения, от ее содержательности в большой мере зависит успех преподавания. В то же время речь ученика служит для учителя одним из показательных средств выявления степени усвоения им своих знаний. Не менее важное значение имеет речь для детей дошкольного возраста. Дошкольники еще не владеют графической речью — письмом, и объясняются со всеми окружающими с помощью живого слова.

В играх, в разговорах, в повседневной жизни речь дошкольника является могучим средством общения с детьми и с окружающими ребенка взрослыми. И взрослые через понятную ребенку речь дают объяснения, передают ему свой опыт.

Слово помогает воспитателю познакомить ребенка с отдаленными предметами и явлениями. В связи с развитием речи ребенка мы развиваем и его мышление. Обогащая речь ребенка введением новых слов, мы развиваем художественный вкус ребенка и творческое воображение. Дети сами начинают употреблять образные выражения для передачи своих впечатлений.

Например, 7-летняя девочка из костнотуберкулезного санатория «Красная Роза» нарисовала поле и среди поля цветок, колокольчик, и пояснила стихотворением: «В поле этом молодом колокольчик и бутон». На вопрос педагога, почему она называет поле молодым, она пояснила: «Потому, что все поле молодое; травка молодая, она недавно только выросла, и цветочки молодые, они только что расцвели».

Индивидуальный разговор дает возможность воспитателю воздействовать на ребенка; влиять на формирование его личности, характера, на определение его интересов и отношение ко всему окружающему. Развивая речь детей, приучая их к ясному и точному изложению мыслей, мы тем самым создаем предпосылки к успешному обучению их в школе.

В настоящее время, в условиях нашей советской действительности, коммунистическое воспитание детей отводит большое место развитию речи ребенка. Постановление Центрального комитета ВКП(б) о начальной и средней школе от 5.IX.1931 особенно подчеркивает эту необходимость развития речи детей.

Работа по развитию речи детей дошкольного возраста имеет свои особенности: она не связана с определенными предметами, как в школе, а проникает во все моменты жизни ребенка. Если мы прислушаемся к речи дошкольника, то отметим, что речь его является далеко не совершенной как в области построения, так и со стороны произношения отдельных звуков и слов.

В младшем дошкольном возрасте дети обычно неправильно произносят звуки «р», «ш», «м»: они шепелявят, смягчают звук; например, вместо ручка говорят луцка, вместо кукла — кукля. В этом возрасте наблюдается не только неправильное произношение отдельных звуков, но и целых слов. Некоторые дети сокращают слова (бабан, вместо барабан), часто переставляют буквы и слоги (коринчевый, вместо коричневый), иногда выпускают трудные буквы (аэплан, вместо аэроплан), сливают два слова в одно (почайпить).

Малыши не понимают условного смысла слов. Например, выражение «красноармеец стоит на часах», они воспринимают конкретно, рисуют под ногами красноармейца часы. Часто у 3—4-леток сохраняется младенческая терминология, они говорят бо-бо (больно), ко-ко (яйцо), жесты и мимика заменяют им слова. К 7 годам речь дошкольника постепенно выправляется и указанные выше недостатки изживаются.

Старшие дошкольники могут говорить ясно и четко, они строят свою речь правильно: наряду с короткими предложениями, употребляют придаточные предложения. Речь старшего дошкольника более богата образными выражениями и обобщениями.

Все вышеупомянутые особенности в развитии речи детей дошкольного возраста можно отнести и к дошкольникам, находящимся на лечении в костнотуберкулезных санаториях. Но, кроме особенностей, связанных с возрастом ребенка, речь детей в костнотуберкулезных санаториях, как у всех больных детей, прикованных на много лет к постели, имеет, вследствие крайней ограниченности окружающей обстановки, свои особенности.

В санатории частое явление, когда дефектами речи, свойственными обычно младшему дошкольному возрасту, страдают и старшие дошкольники. Очень часто к нам в санаторий поступают дети, запущенные в педагогическом отношении и со слабо развитой речью. В нашем санатории «Красная Роза» были случаи, когда поступающие дети, 4—5-летки, совершенно не умели говорить и заговорили только после длительной работы с ними. Вообще речь лежащих детей отличается лаконичностью. Им трудно говорить и трудно слушать лежа, не видя того, кто с ним говорит. Поэтому они стараются говорить как можно громче и короче, чтобы их услышали и не перебили их речи.

У наших детей часто встречаются случаи слияния двух слов в одно («пилпапа» значит — мой папа-пилот), образование новых слов (раздобыл, т. е. раздобыл), неправильные выражения (подметли — подмели).

Просьбу ребята стараются выразить одним словом: «хлеба! пить! добавку! на веранду!». Дети, помещающиеся в длинной палате, всегда отличаются крикливостью. Они напрягают голос, чтобы их услышали. В задачу педагога санатория входит развитие речи детей без перегрузки их словесным материалом. Учитывая оторванность детей от всего, находящегося за пределами санатория, необходимо связать каждое слово с опытом ребенка или, если это возможно, разъяснить ребенку смысл данного слова или выражения.

Речь ребенка нужно сделать спокойной, но выразительной. Педагог должен говорить ровным голосом, приучать детей говорить спокойным тоном и по очереди, выслушать товарища, не перебивая его речи. Работу по развитию речи педагог санатория связывает со всеми моментами санаторной жизни. Одним из наиболее применимых способов развития речи является индивидуальный и коллективный разговор с детьми на различные интересующие детей темы.

Особенную ценность имеет разговор для детей застенчивых, которые стесняются принимать участие в общей беседе. Таких детей воспитатель втягивает в индивидуальный разговор и побуждает ребенка рассказать об его рисунке или любимой игрушке. Так, новенькая девочка 4 лет, молчаливая и застенчивая, недавно поступившая в санаторий, очень оживилась, когда воспитательница спросила ее об игрушках: «У меня дома машина синяя, она катается, еще кукла большая, но она разбилась».

Младших дошкольников легко вызвать на разговор, когда с ними начинает говорить кукла или мишка.

В индивидуальном разговоре воспитатель может выявить интересы и склонности ребенка, а также изучить отдельных детей и выявить недостатки их речи. Коля Новиков из костнотуберкулезного санатория «Красная Роза» поясняет свой рисунок: «Я растил, растил до самого неба и поймал самолет». В этом случае выявилось неправильное произношение слов (растил, вместо рос) и большая фантазия ребенка. Молчаливый ребенок, вызванный педагогом раз на разговор, в следующий раз начинает говорить сам — застенчивость его пропадает.

Кроме индивидуального разговора, педагог втягивает детей в коллективный разговор, когда речь одного ребенка дополняется высказыванием другого. Вот пример разговора детей 6-леток нашего санатория «Красная Роза» — Вали и Вити.

Дети рисуют. Валя говорит: «Вот моя тетенька полетит на Северный полюс, к Папанину, она летит». Витя отвечает: «Так и долетит твоя тетенька: тетеньки не летают на полюс». Педагог: «Еще не летали, но могут полететь, помните самолет «Родина». Витя: «А ты знаешь, Мария Карловна, как холодно на Северном полюсе? Там сам Папанин и то в меховой шапке, а она рисует тетеньку в платочке; только белые медведи не боятся холода, они на севере». Валя: «Я им нарисую шапку». Витя: «А ноги голые». Педагог поправляет: «Ног не видать, они в кабине и тоже в меховых сапогах». Валя: «Витя, видишь, моя тетенька летит к Папанину». Витя: «А Папанин уже уехал с полюса. Он воткнул на север красный флаг и уехал, а она — к Папанину!»

Вторым чрезвычайно важным моментом в развитии речи является беседа. Беседа имеет своей целью систематизировать, пополнять и закреплять детский опыт. Умело построенная беседа развивает мышление ребенка, приучает высказываться в коллективе на определенные темы, выслушивать других детей. Наиболее актуальными темами бесед для дошкольников являются темы о жизни героев и знатных людей нашей страны, яркие события, которые волнуют нашу советскую родину; наблюдения над природой, прочитанная книга, прослушанный рассказ, кинофильм, диафильм — все это дает большой и интересный материал для бесед.

Например, в группе 6-леток санатория «Красная Роза» была проведена беседа, вызванная героическим перелетом Коккинаки и Гордиенко в Америку. Беседа сопровождалась показом рисунков из газет на данную тему. Педагог принес в группу 6-леток газеты со снимками самолета «Москва» и фотографии летчиков Коккинаки и Гордиенко. Дети рассматривали принесенные снимки.

Витя: «Это большой самолет». Вова: «Я его могу нарисовать, я нарисую». Педагог: «Хорошо, что ты нарисуешь. Это замечательный самолет, его зовут «Москва», на нем наши летчики Коккинаки и Гордиенко перелетели в Америку». Витя: «Как Чкалов. Он тоже летал в Америку». Педагог: «Да, товарищ Чка-

лов тоже летал в Америку, но он летал через Северный полюс, а Коккинали и Гордиенко летели через Атлантический океан». Толя: «Я знаю океан—там акулы». Тата: «А летчики акул не боятся!» Педагог: «Нет, наши летчики — герои, не боятся акул. Они очень храбрые. Они перелетели огромный океан, на котором бывают сильные бури, за несколько часов, а на пароходе в Америку надо ехать 5 дней». А сик: «Вот сколько» (показывает пять пальцев). Педагог: «Да, ты правильно показываешь, — столько. Надо было лететь быстро, чтобы хватило бензина, а то сест в океане негде. И вот наши храбрые летчики выбрали самый лучший самолет, который построили наши рабочие и инженеры, и на нем полетели». Валя: «Мой папа тоже может построить такой самолет». Педагог: «Да, может. Только наши рабочие могут строить такие самолеты». Вилик: «А фашисты злятся, что они не могут».

Эта беседа закрепила все слышанное раньше детьми о перелете Москва — Америка и дала определенную настроенность детям, подчеркнув геройство наших летчиков. С детьми младшего дошкольного возраста проводятся беседы по картинкам для выявления опыта детей. В условиях костготуберкулезного санатория приходится часто проводить беседу о значении санаторного режима для лечения детей.

Беседы должны максимально сопровождаться показом экспонатов, вырезок из газет, картинок и других художественно выполненных по собий, которые делают беседу живой и увлекательной.

Большое значение в развитии речи ребенка имеет художественная книжка. В наших санаторных условиях художественная книжка имеет еще большее значение, так как наши дети оторваны от окружающей жизни на несколько лет. Через художественные произведения дети знакомятся в эмоциональной форме с окружающей жизнью; книжка воспитывает в детях определенные черты характера, необходимые для будущего гражданина коммунистического общества. Педагог воспитывает в детях любовь к книжке и бережное с нею обращение. По содержанию мы выбираем книги, отвечающие задачам коммунистического воспитания и многообразию интересов ребенка-дошкольника. Большой симпатией у наших дошкольников пользуются книги о Красной Армии, о детях других народностей, о наших вождях и героях, о пограничниках. Большое внимание они уделяют также книжкам о животных, природе. Все дошкольники, начиная с младших, очень любят слушать сказки, песни, прибаутки. Народные сказки доступны детскому пониманию по простоте, по быстрому развертыванию событий, малому количеству действующих лиц. Наши дошкольники хорошо запоминают сказки и, начиная с 4-летнего возраста, любят их пересказывать.

Могучим средством развития ребенка-дошкольника в условиях санатория является разучивание с детьми стихотворений. Стихотворения привлекают детей своим ритмом и четкостью. Дошкольники с удовольствием запоминают стихотворения и их драматизацию. Стихотворение обычно рекомендуется прочитать несколько раз, чтобы дети запомнили его. До разучивания можно рассказать им содержание стихотворения. После того как дети запомнят все стихотворение, мы делим стихотворение на несколько частей, чтобы каждый желающий ребенок говорил по две-три строки; если ребенок произносит все стихотворение целиком, то другие в это время скучают и относятся пассивно к чтению. Мы стараемся, чтобы в чтении стихотворения участвовали все дети. Ребята и сами сочиняют стихотворения. Вот примеры:

Мчитсся зайка по дороге, по следам,
Негде зайке спрятаться:
Охотники здесь и там.

Мара, 6 лет.

Елка

Елочка нарядная, пушистая у нас,
Елочку игрушками украсили сейчас,
Разными хлопушками, рыбкой золотой,
Фонариком серебряным и яркою звездой.

Тома, 6 лет.

У озера Хасан

Война на озере Хасан,
Ползет тяжелый танк.
И самолеты в бой летят,
Они врагов бомбить хотят.
Война на озере Хасан,
Ползет тяжелый танк,
И пехотинцы в бой идут,
Они японцев разобьют.

Вася, 7 лет.

Как мы подходим к сочинению детьми стихотворений? Мы прочитываем сочинения старших ребят, стихотворения из «Пионерской правды», говорим: «Вот смотрите, как хорошо они сочинили. Может быть, кто-нибудь из вас хочет сочинить стихотворение?». Многие ребята 6—7 лет начали сочинять, сначала робко, а потом смелее. Педагог записывает сочиненные детьми стихотворения и зачитывает их всем детям.

Особое значение для лежачего ребенка имеет рассказ педагога. В наших условиях рассказ педагога служит для того, чтобы знакомить детей с отдаленными событиями, которые дети, лежа в кровати, наблюдать не могут, например, парад на Красной площади, демонстрации и т. д.

Во время рассказа педагог должен стоять на возвышении (для этой цели служит кафедра), чтобы ребята видели его лицо и чтобы во время рассказа создавался контакт педагога с ребятами.

Речь педагога является образцом для детей. Педагог должен следить за правильным построением и культурностью речи. Педагог передает детям все доступные их пониманию события общественно-политического характера; он должен быть политически грамотен; это особенно важно в наших условиях, где дети все узнают только от педагога и обслуживающего персонала.

Рассказыванию самих дошкольников мы придаем большое значение. Для развития речи это необходимо. Педагог выправляет речь детей, вызывает на рассказ пассивных детей.

Очень большие высказывания детей вызывает в наших условиях кукольный театр: яркость и красочность постановки, динамичность действий, все это дает детям массу ярких переживаний, помогающих развитию речи и обогащающих детский язык.

Алоскоп — незаменимое пособие в нашей работе. Мы показываем детям алоскоп два раза в неделю. Еще больше удовлетворения получают дети от просмотра кино, которое они называют «бегущее кино». Мы показываем дошкольникам такие картины, как «Пастушонок», «Веселые путешественники» и др.

Большую ценность для развития речи имеют музыкальные занятия с детьми. Здесь обогащается запас слов ребенка, улучшается дикция, развивается ясность и четкость речи. В этих занятиях, которые организовываются раз в неделю, дети участвуют, начиная с 3 лет, сначала слушают, затем сами поют.

Кроме того, для развития речи мы используем патефон. Такие пластинки как «Мойдодыр» Чуковского, «Телефон», «Девочка чумазая» Барто и др. производят на детей большое впечатление.

Слушание радиопередач также развивает речь наших детей. Но слушать радио дошкольникам значительно труднее, чем слушать рассказ педагога, так как по радио ребенок только слышит голос и не видит лица говорящего. Поэтому слушание радиопередачи мы организуем только старшим дошкольникам. Для того, чтобы радиопередачи достигли своей цели, необходимо создать соответствующие условия: предупредить обслуживающий персонал, чтобы не ходили по палате, не стучали, не разговаривали. Мы включаем радио только после того, как дети приготовились слушать.

Весь обслуживающий больных детей персонал, особенно младший, своей речью оказывает громадное влияние на развитие речи ребенка. Педагогу поэтому приходится вести большую воспитательную работу с младшим медицинским персоналом, проводить читку газет, беседы на общеполитические темы, читку художественной литературы.

В каждом отделении педагог ведет работу по ознакомлению обслуживающего персонала с воспитательной работой: проводит беседы об индивидуальном подходе к детям, об индивидуальных особенностях отдельных детей, о коммунистическом воспитании, о роли обслуживающего персонала в воспитании наших больных детей.

ИГРЫ С ДОШКОЛЬНИКАМИ В КОСТНОТУБЕРКУЛЕЗНОМ САНАТОРИИ «КРАСНАЯ РОЗА»

М. Фалькенбер

Если игры считаются основным содержанием жизни дошкольников и в детских садах им придается большое значение, то в костнотуберкулезных санаториях игра приобретает еще большее воспитательное значение.

Игра доставляет радость ребенку, поднимает его настроение, облегчает ему выполнение режима и, таким образом, помогает его лечению.

Игра имеет свою историю. С тех пор, как признано было, что игра так же необходима ребенку, как растению необходимы свет и воздух, вопросом игры много занималась буржуазная наука. В трудах некоторых классиков педагогики (Фребель, Песталоцци и др.) имеется много ценного, что мы и заимствуем, отбросив все чуждое советской педагогике.

Наши детские сады ставят перед собой задачу всестороннего развития детей и воспитания дошкольников в духе коммунизма.

Игра является основным методом, обеспечивающим правильное построение всего педагогического процесса. В играх воспитатель развивает у детей смелость, находчивость, выдержку, любовь к родине, к ее лучшим людям.

В играх развивается память, внимание, речь и математические представления. Игра имеет большое значение для развития речи. В творческих играх ребенок много говорит, прислушивается к речи других, участвует к точным выражениям.

Ряд игр имеет целью исправления дефектов речи наряду с развитием правильной, образной точной речи.

Приведем пример. В группу 5-леток поступила молчаливая девочка. Она ни с кем не разговаривала, персонал не мог добиться от нее ни слова. Воспитатель пробует применить различные методы, чтобы вызвать ребенка на разговор. Было замечено, что девочка оживляется, когда в палату приносят игрушку — большого медведя.

Педагог начинает игру: «Мишка явился в гости, он приходит к ребятам и заводит с ними разговор». Когда Мишка подошел к девочке, она подала ему руку и ответила на заданный вопрос. С этого дня Мишка стал чаще приходить к девочке, и она постепенно начала разговаривать со всеми детьми и взрослыми.

Незаменима роль игры в развитии математических представлений: на игровом материале ребенок учится счету, узнает размер; на игрушках — персонажах сказок — дети учатся пересказывать содержание сказок; на стройматериале знакомятся с геометрическими фигурами; в играх ребенок приобретает пространственные представления.

Велика роль игры в развитии творческого воображения. Высоко ценил игру великий русский педагог Ушинский. «Игра для ребенка,—говорил Ушинский,— не игра, а действительность, в ней ребенок живет, развивается, пробует свои силы.

В игре ребенок самостоятельно распоряжается своими созданиями. Ребенок должен быть в игре самостоятельным».

Ценным для нас является взгляд на игру великого пролетарского писателя Алексея Максимовича Горького. «Ребенок хочет играть,— говорит Алексей Максимович,— он играет всем и познает окружающий его мир прежде всего и легче всего в игре, игрой» («Правда», 1930 г.).

Самое ценное в игре — детское творчество.

Творчество бывает двух родов: 1) творчество воспроизводящее и 2) творческое воображение. В первом ребенок воспроизводит в играх все, что он видел или слышал; во втором — он создает новое из имеющихся элементов личного его опыта. Нужно развивать творческое воображение, обогащать опыт ребенка всеми путями и, чем разнообразнее эти пути, тем лучше.

Игры делятся на два основных раздела: игры творческие, в которых содержание создается самими детьми и игры с правилами. Тому и другому видам игр в нашем санатории отводится большое место. Творческие игры наших детей очень разнообразны, богаты и интересны по своему содержанию.

Состояние здоровья санаторных детей, ограниченность движений у них не является тормозом в активности их творческого воображения. Основное требование к этому виду игр состоит в том, чтобы не подавлять детской самостоятельности, свободного развития детского творчества, когда весь опыт ребенка, весь запас его впечатлений зависит всецело от нас. Для этого имеются все необходимые условия. Наша современная жизнь так богата яркими, эмоциональными, можно сказать, сказочными моментами, что с ними легко ознакомить даже маленького дошкольника.

Все, что мы даем нашему ребенку, встречает в нем благодатную почву и стимулирует его творческие способности. Мы на опыте констатируем у детей наличие самых разнообразных способностей. Наши ребята обнаруживают поразительную восприимчивость, наблюдательность и интерес ко всему яркому.

В вопросе руководства игрой имеется ряд важных сторон.

Роль воспитателя — активно наблюдать за развитием игры, влиять на ее содержание, от чего зависит разнообразие, богатство и ценность содержания игры. Воспитатель изучает игру. В играх ребенок отображает свои интересы. Для воспитателя не безразлично содержание детских игр, ибо в них мы воспитываем у детей интересы, нужные нашей стране, мы отвечаем за интересы наших детей.

Однако воспитатель своим руководством не должен подавлять детской инициативы. Вмешательство воспитателя в игру допустимо лишь в том случае, если оно способствует дальнейшему разветвлению игры.

Иногда у ребенка имеется опыт, но требуется толчок для того, чтобы он начал игру. Воспитатель дает этот толчок. Иногда дается идея игры. Необходимо изменение воспитателем направления игры, если игра вредна для здоровья, вредна по своему направлению, например, игры, развивающие азарт. Приведем примеры игры с группой детей 6-леток.

У детей очень ограничены представления о величине нашей страны. Ребята думают, что пруд, виднеющийся с веранды, это граница, бойцы из военного городка НКВД — пограничники. Такие представления дети обнаружили в играх, разговорах.

Чтобы расширить представление детей, педагог придумывает ряд игр. Вот одна из них.

Игра в путешествие. Сначала путешествуют по Москве. Устроен макет Красной площади с мавзолеем, кремлевскими башнями; затем ряд улиц с многоэтажными домами, с автобусами, автомобилями, трамваем. В следующих играх дети выезжают из Москвы — совершают прогулки в лес, на север, поездки на юг.

В результате целого ряда игр ребята узнали, что в Москве много улиц, что в СССР есть много городов, колхозов, есть леса, моря, холодный север и теплый юг.

Игра проводится следующим образом: макеты, изображающие Красную площадь, город и лес, устроены на столах; столы на колесах, легко продвигаются перед кроватями. Ребята изображают пассажиров поезда, парохода, самолета. Среди ребят есть машинист и капитан. Поезд, пароход, останавливается, ребята приезжают в город, колхоз и т. п.

Эти игры дали толчок к развертыванию интересных творческих игр в путешествия, охоту и т. д.

Вновь поступивший в группу 6-летний ребенок придумал игру в «воров», удочкой таскал у ребят салфетки, игрушки; детям игра понравилась. Они друг перед другом хвалились тем, какие они ловкие, кто больше наворовал. Чтобы прекратить эту игру, оставив ребенку возможность видеть результаты своей ловкости, педагог придумал игру «ловля рыбы». Рыбы были сделаны из картона, на подставках, с петлей на спине.

Дети вводили в игру различные подробности, придумывали различные правила.

Из этих двух примеров видно, как воспитатель вмешался в игру, но это вмешательство не подавило детского творчества.

Приведу пример игры наших 6-леток, явившейся откликом на события на озере Хасан. Об этих событиях дети узнали во время карантина (игрушки были уничтожены, общие игры с материалом прекращены). Ребята нашли выход. Игра происходила после отдыха, до начала занятий с педагогом.

Дети лежали тихо, укрывшись простынями. На веранде воробьи собирали крошки хлеба. Когда осмелевшая стайка подлетала близко к детям, ребята взмахивали простынями, издавали звук, изображающий выстрел, и воробьи-японцы — разлетались. Игра продолжалась несколько дней.

Вот еще игра, навеянная событиями на озере Хасан. Группа из 4 человек играет со строительным материалом. У ребят 2 пушки, зенитное орудие. Склеенные бумажки от конфет изображают японцев. Красноармейцы заряжают пушки комками бумаги и стреляют в японцев. Японцы падают на пол. Ребята руководят работой красноармейцев по очереди. Игра показала большую организованность; начали игру 4 человека, к которым вскоре присоединилась вся группа; все дети отдали для игры бумажки от конфет, все следили за игрой, поощряли, давали советы.

Для обогащения детей впечатлениями мы используем все возможные способы: рассказ, книгу, картинку, кино, аэроскоп, кукольный театр, драматизацию сказок.

Особенно широкое поле для детского творчества дает природный материал. В играх с природным материалом дети легко отражают впечатления, которые получили раньше. Тут и пограничная застава, и Карацупа — любимый герой — со своим Индусом, и тайга, по которой бродит Марина Раскова, и зайчик в огороде. Темы самые разнообразные, самое разнородное использование материала.

Игры с природным материалом делятся на следующие виды: игры с водой, игры с песком, игры с объектами растительного мира.

Игра с правилами

В играх с правилами ребенок приобретает новые знания, умение, навыки. Он учится сдерживать себя, согласовывать свои действия с дей-

ствиями других. Игры с правилами для малышей просты и по содержанию, и по движению. По показу воспитателя все дети делают одинаковые движения, издают одинаковый звук, играют в поезд, аэроплан и пр.

Постепенно правила усложняются, вводится сигнал, распределение ролей. Усложняется содержание.

Мы даем для наших детей игры, требующие малой подвижности, содержащие не движение, как таковое, а развитие внимания, сообразительности и быстроту реакции. Это — игры, развивающие органы чувства, развивающие знание формы, счета, грамоты.

Дети играют также в игры имитационные, ритмические, сочетающие движение с музыкой, или с пением, игры с элементами метания.

Возможности в использовании малоподвижных игр очень ограничены. Давая имитационную, ритмическую или игру с элементами метания, мы должны учитывать состояние здоровья нашего ребенка, дозволенные ему движения. Мы не проводим игр, требующих поворота головы и резких движений верхних конечностей с детьми, страдающими болезнями шейных и верхних грудных позвонков.

Недостаток моторных игр мы стараемся пополнить играми ритмическими, имитационными. Такова игра в колхозников и кузнецов.

Дети делятся на две группы: на колхозников и кузнецов. Колхозники с песней о богатом урожае нагружают продукты на возы и едут (движения рук легкие, дети языком подражают звуку подков). Вдруг (по сигналу педагога) подковы у лошадей свалились. Лошади хромают, едут медленно. Слышится песня кузнецов и стук молота. Колхозники обращаются с просьбой к кузнецам и те подковывают лошадей. Колхозники весело с песней едут дальше.

Игры помогают осуществлению задачи музыкального воспитания. Песня сопровождает игру.

Нередко дети играют в «Музыкальные занятия»: кукла «Фанни Яковлевна» показывает другим куклам, как надо петь новую песенку про самолет, и куклы поют. Нередко куклы водят хоровод с песней. Проводятся игры, имеющие целью развитие слуха: слушание голосов птиц, угадывание песни по мелодии: «узнай, кто позвал?», «где позвонили?» и др.

Игрушки

Игрушку ребенок берет в руки, он может обследовать ее со всех сторон, это помогает ему узнать предмет. Игрушка на тему сказки захватывает детей, дает сильный толчок их творческой фантазии, поощряет к изготовлению недостающих атрибутов.

Дети играют в игру «3 поросенка». Элементы игры — фигура волка, поросят, кирпичики трех цветов и т. д.

Из кирпичиков, будто из камня, строит себе дом Наф-Наф. Для двух других домов нужна солома, нужны ветки. Дети просят этот материал. Затем детей не удовлетворяют те три дерева, что даны в игре. «Ведь в лесу много деревьев», говорят они и устраивают лес из веток.

А. М. Горький говорил: «Нужно чтобы игрушка вызывала более или менее длительное удивление ребенка, ибо удивление — начало понимания и путь к познанию».

Игрушками, вызывающими длительный интерес, являются заводные игрушки, танки, пушки, винтовки, самолеты, фигуры красноармейцев. Не обходится наш ребенок без строительных материалов и разных конструкторов. Нужны детям игрушки-самоделки. И очень полезна в наших условиях веселая игрушка, вызывающая у ребенка смех, и кукла. Если здоровый ребенок в игрушках сам выполняет активные роли — он капитан, краснофлотец, а кукла допущена лишь как пассажир, то у нашего ребенка все эти роли исполняют куклы. Играют наши дети и без куклы,

но не потому, что им она не нужна, а потому, что часто нет нужной куклы.

Нашему ребенку нужна кукла небольшая, целлулоидовая, с подвижными суставами. Дети не любят резиновой куклы. С куклой дается ассортимент одежды, аккуратно сшитой, даются костюмы летчика, милиционера.

Помогает разворачиванию игры набор игрушек. Дети любят посуду, мебель.

Дети должны научиться бережно обращаться с игрушками. Не следует давать игрушек испорченных, плохо сделанных.

Существуют различные формы подачи игрушек: 1) дети предупреждены педагогом о том, что получают игрушку, ждут этого момента, обсуждают его; 2) игрушка дается в виде сюрприза («посмотрим, что в ящике!»); 3) игрушка преподносится в качестве подарка Петрушки на празднике или Мишки и т. д.

Имеются и вредные игрушки, которые не следует давать детям: мы считаем вредными игрушками неустойчивые, плохо сделанные, с острыми краями, с торчащими гвоздями, с линяющими красками. Совсем недопустимы в наших условиях калейдоскопы, гудки-рожки, губные гармошки.

ОПЫТ РАБОТЫ В 35-й и 24-й ДЕТСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ МОСКВЫ ПО УСТРАНЕНИЮ РАССТРОЙСТВА СНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Педагог консультации *С. Н. Борисевич*

В течение 6 лет я провожу в Москве педагогическую работу в двух детских консультациях, обслуживающих 15 тысяч детей.

Эти годы в достаточной мере показали, что одним из самых трудных вопросов для семьи является вопрос организации сна ребенка. Не встречается, пожалуй, ребенка, который засыпал бы без помощи взрослых и не просыпался бы много раз в ночь. Мать настолько свыклась с тем, что к ребенку нужно вскакивать несколько раз в течение ночи, что считает это нормальным явлением. Если ребенок проснувшись потребует каждый раз груди и тут же заснет, то для матери это даже не является поводом для жалоб. Мать жалуется только тогда, когда ребенок трудно засыпает и мешает спать по ночам. Для многих матерей укладывание ребенка — мучение, но еще большее мучение — ночное бодрствование ребенка.

Многочисленные жалобы матерей на плохой сон ребенка заслуживают внимания уже потому, что нормальный сон ребенка в течение дня и ночи, как показывают наблюдения, является основным фактором организации всего режима дня ребенка.

Работая в детской консультации, я поставила перед собой задачу помочь матери наладить нарушенный сон ребенка, научить ее правильно организовать его режим в разные возрастные периоды, дать ночной покой матери и другим членам семьи. Чтобы подойти к разрешению этих вопросов, мне понадобилось собрать ряд сведений для выяснения следующих моментов, как то: основные причины, нарушающие сон ребенка, характерные особенности сна детей разных возрастов, влияние бытовых условий на сон ребенка — и на основании этих данных изыскать средства и методы, укрепляющие сон ребенка.

На основе многочисленных обследований на дому (свыше 3 000) и многих тысяч проведенных бесед и опросов можно установить, что из

всех причин, нарушающих сон ребенка, основной является возбуждение ребенка перед сном. Нет почти такой семьи, где бы не занимались с ребенком по вечерам перед самым сном, в особенности с ребенком ползункового возраста и старше, когда он становится наиболее интересным. Нет почти ребенка, который не потребовал бы усыпления в той или иной форме. Редкая семья пользуется воздухом как средством усыпления. Если гуляют с ребенком, то чаще всего в те часы, которые по режиму не предназначены для сна. Нередко приходится наблюдать, что ребенок, придя с прогулки, перед кормлением и в процессе кормления успевает притти в такое возбуждение, что действие воздуха как средства усыпления совершенно теряется.

Для усыпления ребенка семья пользуется такими методами, которые и являются второй причиной нарушения сна ребенка (дача бутылочки с соской, пустышки, кормление грудью, укачивание и пр.). Ребенок начинает просыпаться, как только его прекращают качать или когда он потеряет грудь, пустышку и т. п.

Третья причина, мешающая спать ребенку,— это полное отсутствие режима дня или неправильное его построение. Надо отметить, что большинство матерей, желающих вести ребенка по определенному режиму, часто строят его неправильно, исходя при построении режима из того, когда ребенок сам проснется, так как не решаются его будить. Поэтому один день ребенка никогда не бывает похож на второй в зависимости от того, что все режимные моменты передвигаются. Отсутствие стабильного режима на определенный отрезок времени приводит к тому, что у ребенка в результате нарушается его сон.

Остальные причины, которые могут мешать ребенку спать, как неправильная постель, неудобная кровать, шумная обстановка и проч., играют, как показывают наблюдения, второстепенную роль.

На основании жалоб матерей можно наметить четыре возрастные группы детей, несколько отличающиеся по характеру нарушений сна: 1) от 1 до 4 месяцев, 2) от 4 до 8 месяцев, 3) от 8—9 месяцев до 1 года 6 мес. и 4) от 1 года 6 мес. до 3 лет. Основная особенность нарушения сна первой группы заключается в том, что многие дети этого возраста (особенно дети до 2 месяцев) меняют суточный ритм сна: они спят весь день, просыпаясь только для того, чтобы пососать, и совершенно не спят в течение всей ночи — от 10—12 часов до 6—7 часов утра. Такие бессонные ночи мучительны больше всего для самой матери, ребенок же за сутки свою норму сна почти набирает. Попытки матери разбудить ребенка в течение дня остаются неудачными. Вторая встречающаяся особенность сна ребенка этого возраста заключается в том, что, имея даже определенный режим, он все же просыпается один раз в 3—4 часа ночи.

Вторая группа детей этого возраста отличается тем, что дети довольно быстро засыпают в 9—10 часов вечера и спят спокойно до 12 или даже до 2 часов ночи. Их спокойный сон обычно длится подряд 3—4 часа, после чего ребенок просыпается; при этом часть детей просыпается через каждые 10—15 минут (от 3 до 15—20 раз), требует груди, укачивания, ищет свою пустышку и т. п., а некоторые дети, проснувшись среди ночи, вскакивают веселые, бодрые и, поиграв недолго в кроватке, начинают кричать, плакать, требовать, чтобы их взяли на руки, чтобы с ними занимались. Чтобы не разбудить других членов семьи, мать вынуждена идти на уступки; она пробует укачивать ребенка, кормить, носить по комнате, но это не помогает; кончается тем, что мать затевает с ребенком игру до 5—6 часов утра. Под утро такие дети вновь засыпают.

Вторая возрастная группа (дети от 4 до 8—9 месяцев), судя по жалобам матерей, не отличается специфическими особенностями, свойственными именно данному возрасту. Одни из детей этой группы ближе подходят к первой, другие — к третьей группе детей.

Дети в возрасте от 8—9 месяцев до 1½ лет (третья группа), как

раз те дети, с которыми взрослым бывает приятно заниматься, приучены засыпать у материнской груди, с бутылочкой во рту, у матери на руках, требуют укачивания и т. д. Особенности сна этой группы детей заключаются в том, что одни из них засыпают поздно (примерно в 12 часов ночи, а то и позже) и обычно поздно спят — до 10—11 часов утра; при этом в течение ночи они просыпаются 2—3 раза. Матери обычно говорят, что раньше ребенок никак не засыпает и никакими средствами они его не могут уложить. Другие матери сами, как они говорят, «нагуливают» своих детей в расчете, чтобы они поспали хотя ночью. Однако такое бодрствование только возбуждает и утомляет ребенка, и ночью он еще хуже спит.

Четвертая возрастная группа охватывает детей в возрасте от 1½ до 3 лет. Ее так же, как и вторую, можно разделить на 2 подгруппы: младшую, которая по характеру сна ближе подходит к третьей группе, и старшую, которая в большинстве случаев спит хорошо и быстро засыпает. О них матери обычно говорят: «С ним мне горя мало: набегается так, что не успеет к кровати подойти, как уже спит». Это дети, которых уже начинают выпускать во двор с другими старшими ребятами. Однако и среди старших детей попадаются дети, которые с трудом засыпают и беспокойно спят: вскрикивают, ссорятся во сне за игрушки, пугаются и т. п. Это большей частью дети избалованные, требующие, чтобы возле них сидели, рассказывали им сказки, дети, которые перегружены не столько игрой, сколько умственным напряжением или игрой со старшими детьми. Из рассказов матерей можно сделать вывод, что дети больше всего возбуждаются, играя часто и много со старшими детьми школьного возраста. Наконец, надо отметить, что среди детей четвертой группы мы встречаемся еще с такими детьми, которые страдают ночными страхами; это чаще всего дети, чем-либо напуганные. Наш опыт и наблюдения показывают, что сон ребенка можно организовать при всех бытовых условиях, если только предохранять ребенка от возбуждения перед сном и отучить его от дурных привычек, выработанных взрослыми при укладывании. Весь вопрос в том, как предохранить ребенка от возбуждения и как приучить его засыпать без вмешательства взрослых.

Первые 1½—2 года своей работы я пользовалась следующими известными из педагогики и практики методами: предлагала матери не возбуждать ребенка перед сном, правильно организовать режим и, в частности, игру ребенка, проветривать помещение в часы сна, днем выносить ребенка спать на воздухе и пр.; не кормить ребенка по ночам, не укачивать его. Я агитировала за то, чтобы мать терпеливо слушала крик ребенка. Находились такие матери, которые в течение нескольких дней способны были переносить крик ребенка, пока не добивались положительных результатов. Сон налаживался. Однако жизнь показала, что эти методы очень трудно прививаются в семье: редко можно встретить мать, способную длительно переносить крик своего ребенка; при всем своем желании мать не может позволить ребенку кричать по ночам, если кругом все спит; ни одна бабушка в семье не допустит, даже независимо от бытовых условий, чтобы ребенок кричал.

Наша работа в семье показывает, что весьма трудно убедить взрослых после возвращения их по вечерам с работы отказаться от игры с ребенком перед его сном. Есть такие отцы и деды, которые не хотят отказать себе в этом удовольствии. Иногда они будят ребенка, а часто и сам ребенок не в состоянии спокойно уснуть, пока не придет любимое лицо, которого он дожидается в течение дня.

Все эти трудности заставили нас искать таких методов и средств усыпления ребенка, которые при наименьшей затрате сил и времени дали бы наибольшую эффективность. Таким средством оказался свежий воздух.

Благотворное действие свежего воздуха на человеческий организм, в частности, на организм ребенка давно известно. В системе воспитания

детей раннего возраста, разработанной проф. Щеловановым и его сотрудниками в Педиатрическом институте Наркомздрава СССР, вынос детей на свежий прохладный воздух (на террасу, зимой в прогулочную комнату с открытыми окнами или на открытую площадку) используется не только как оздоровительное мероприятие, но и как средство усыпления детей, как способ выработки правильного ритма в смене их бодрствования и сна. Усыпление свежим, прохладным воздухом по указанной системе позволяет установить правильное чередование сна и бодрствования, а тем самым и правильный режим у детей, начиная с 2-месячного возраста. Такой режим проводится уже во многих детских учреждениях. В работе с семьей вся трудность заключается в том, что далеко не всякая семья, не всякая мать может повседневно и систематически организовать сон ребенка на воздухе. В большинстве случаев мать гуляет с ребенком, когда у нее есть время или когда она идет в магазин, на рынок и пр.

Однако выносить ребенка на воздух в определенные часы в течение нескольких дней для того, чтобы приучить ребенка к определенному порядку, это, по моим наблюдениям, может выполнить большинство матерей.

Меня заинтересовал вопрос: не наладится ли сон ребенка и не закрепится ли он на дальнейшее время, если в течение нескольких дней выносить ребенка на воздух в часы обычного для него нарушения сна, будь это день, вечер или даже глубокая ночь. В связи с этим возникли такие вопросы: 1) сколько вечеров или ночей понадобится выносить ребенка на воздух, чтобы окончательно закрепить сон; 2) какова должна быть длительность пребывания ребенка на воздухе; 3) сколько раз в ночь может потребоваться выносить ребенка; 4) в какой мере можно использовать вместо выноса на воздух открывание форточки; 5) не привыкнет ли ребенок усыпляться воздухом, как усыплялся укачиванием или прочими средствами, в какой мере эта методика усыпления может привиться в семье. Приходилось выяснять эти вопросы путем опытов и наблюдений непосредственно в семье и долго и упорно работать с матерями, чтобы они аккуратно выполняли мои указания. Сейчас уже матери передают друг другу свой опыт и работа с семьей в наших консультациях стала значительно легче.

Мы совершенно убедились в том, что если матери аккуратно выполняют наши указания, то эффект получается исключительный.

Вначале я пользовалась воздухом осторожно. Посылала гулять мать в 9 часов вечера в тех случаях, когда обычно дети засыпали поздно (в 12 часов ночи), одних — перед ужином, других — после ужина, а иногда приходилось одного и того же ребенка посылать на воздух дважды — до и после ужина. Убедившись в положительных результатах моего опыта, я стала смелее направлять на воздух всех детей в момент пробуждения, когда бы оно ни произошло, независимо даже от позднего часа. При аккуратном выполнении моих указаний неизменно получались положительные результаты.

Так, например, Славик В., 11 месяцев, систематически просыпался в течение нескольких месяцев ровно в 1 час. 30 мин. ночи и требовал, чтобы с ним играли до раннего утра. Для матери это были мучительные ночи. Когда Славика в момент пробуждения вынесли на воздух на час и, вернувшись в комнату, оставили лежать завернутым в одеяло при открытой форточке, то ребенок перестал просыпаться по ночам.

То же можно сказать о Леве М., 1 года 2 мес., которого пришлось выносить дважды в течение ночи (в момент его пробуждения). При повторной встрече с этими родителями через 8 месяцев я установила, что ребенок продолжает спокойно спать по ночам.

Наташа Ф., 1 года 7 мес., поздно засыпала по ночам и в течение 9 месяцев просыпалась каждые 15 минут. Бывало, не успеет мать подойти к своей кровати, как девочка снова требует, чтобы ее укачивали. Приходилось целыми ночами носить ее на руках. После двух прогулок — до и после ужина — сон ребенка наладился.

Женя В., 10 месяцев, после коклюша не спал ни днем, ни ночью. После 5 прогулок сон и у него наладился.

С трудом удалось этого добиться у Маргариты Д., 1 года 7 мес. По словам матери, девочка была беспокойна с первых дней рождения. Развивалась она слабо, очень плохо ела, еще хуже спала — просыпалась по ночам через каждые 15—20 минут, днем тоже плохо спит. Целыми часами ее укачивали на руках для того, чтобы она поспала хотя бы 20 минут. Измученной приходила мать на работу. Узнав от матери, какие мучительные ночи она проводит с ребенком, я предложила ей свою помощь. Первую ночь мать почти целиком провела с ребенком на воздухе (это было в ноябре 1940 г.). Вторую ночь она гуляла с ней перед сном с 8½ часов вечера до 11 часов, после чего девочка проспала подряд 2½ часа. Третью ночь после такой прогулки она спала 5½ часов. Четвертую ночь девочку пришлось будить в 6 часов утра, чтобы отвести ее в ясли. За неделю сон так наладился, что ребенок стал засыпать в 9 часов вечера и спал до 8 утра. Настроение ребенка и матери изменилось.

По рассказам матерей, сон налаживается после прогулок надолго; ребенок засыпает без особых трудностей и крепче спит.

На массе примеров мы убедились, что сон ребенка можно наладить при всех бытовых условиях, что продолжительность прогулки должна быть не меньше 1 часа и больше, если позволяют условия погоды, что в трудных случаях выносить на воздух детей нужно в продолжении нескольких вечеров; чем длительнее каждая отдельная прогулка, тем быстрее налаживается и закрепляется сон. Мы убедились также и в том, что ребенок привыкает засыпать после прогулки и в дальнейшем уже не требует усыпления на воздухе.

Удовлетворяет ли матерей такой метод усыпления детей? Нам кажется, что матери принимают его весьма положительно. Это доказывается тем, что матери передают друг другу свой опыт, агитируют за него и направляют ко мне других матерей. Иногда (правда редко) я узнаю, что некоторые родители, измученные бессонными ночами, сами применяют этот способ по личной инициативе. Но им часто не удается наладить сон, так как они выносят ребенка на воздух случайно, бессистемно.

Нельзя, однако, сказать, что все матери выполняют данные указания. Одни матери, внимательно выслушав беседу, ничего не делают, другие только частично выполняют советы; в таких случаях сон и поведение ребенка налаживается неполностью — наступает только улучшение. Приведем пример.

Тамара С., 2 лет 1 мес., по 2 часа укачивалась на руках и днем, и ночью; часто просыпалась, подолгу не засыпала. После длительных прогулок перед сном она стала лучше спать; быстро засыпает, просыпается только один раз в 4 часа ночи и требует, чтобы ее взяли «на ручки».

В данном случае наступило только улучшение. Это объясняется тем, что мать продолжает идти на уступки: укладывая ребенка спать, она его уже не укачивает часами, но должна хотя бы на 5 минут положить свою голову на подушку ребенка; вместо того, чтобы раз-другой вынести ребенка на воздух и покончить с капризами, мать все же, хотя и ненадолго, берет девочку на руки. Но есть большое число матерей, которые аккуратно выполняют все советы и получают прекрасные результаты: ребенок быстро приучается к определенному режиму, начинает хорошо спать, есть, играть и хорошо прибавлять в весе.

Можно привести много таких примеров. Одновременно надо отметить, что встречались и встречаются сейчас и такие дети, сон которых мне не удается наладить даже в тех случаях, когда мать (по ее рассказам) выполняет все наши указания. Это большей частью относится к детям-невропатом, которые и на воздухе не засыпают, к детям, с которыми всегда возятся, матери которых не выдержаны и не доводят дела до конца. Таких детей нам приходилось направлять к специалисту-невропатологу. Процент таких детей очень незначителен.

Пользуясь воздухом для налаживания и закрепления сна ребенка, нельзя, однако, подходить шаблонно к каждому из них. Всегда придется учитывать и бытовые условия, и индивидуальные особенности ребенка, и степень нарушения сна. Поэтому раньше чем дать матери тот или иной совет, следует подробно опросить ее о бытовых условиях, в ко-

торых она живет, о том, как ребенок проводит время в течение дня, каково поведение ребенка во время кормления, как засыпает ребенок и каковы особенности его сна. Так, например, если ребенок-ползунок перед сном получает грудь и если он способен бодрствовать на воздухе в течение целого часа, то целесообразнее с таким ребенком погулять за час перед кормлением, а затем, придя домой к 9 часам, покормить и уложить спать. Цель такой прогулки — предохранить его от возбуждения и дать ему подышать свежим воздухом для более быстрого усыпления и более крепкого сна. Если же ребенка процесс кормления возбуждает, то лучше гулять после кормления с таким расчетом, чтобы, придя с прогулки, сразу уложить ребенка спать. Замечено, что чем прохладнее воздух, тем лучшее действие производит прогулка. В связи с этим легче наладить сон ребенка осенью, весной, чем в летние жаркие дни и душные ночи.

Правильно пользуясь воздухом, можно управлять сном ребенка и в любое время перестраивать режим соответственно возрасту и развитию его. Нередко приходится приспособляться не только к ребенку, но одновременно и к матери. Так, например, иногда матери выгодно, чтобы ребенок просыпался не в 6 часов утра, а в 8—9 часов. В таких случаях предлагаю матери вынести ребенка на воздух рано утром в момент пробуждения и так приучить его спать часов до 8—9. Если матери это нужно, то она всегда выполнит совет.

Необходимо указать особенности некоторых случаев. Есть дети ползункового возраста (особенно среди старших ползунков), которые не приучены спать на воздухе или которые боятся темноты. С такими детьми надо организовать режим таким образом, чтобы прогулка проводилась непосредственно перед сном. Для ходунков, которые сами по улице не ходят, которых вывозят в санях или носят на руках, лучше организовать дневной сон на воздухе, а для тех ходунков, которые самостоятельно ходят по улице и активны во время прогулки, лучше гулять перед сном, а сон проводить в комнате. Для старших детей, которые долго не засыпают и по ночам просыпаются, хорошо проводить прогулку непосредственно перед ужином и временно (в течение 5—7 дней) делать добавочную, хотя бы короткую прогулку после ужина.

О ПРИНЦИПАХ ПОСТРОЕНИЯ РЕЖИМА ПИТАНИЯ В ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Ю. К. Полтева

Из отдела детского питания Института питания Наркомздрава СССР (зав. отд. — проф. О. П. Молчанова) и Образцовой детской больницы (главврач Ф. А. Новикова)

Вопросы организации питания в детских больницах недостаточно освещаются в медицинской печати, а между тем они имеют большое значение в деле лечения больного ребенка. Особенно важную роль играет правильно построенный режим питания. Детские больницы и детские отделения больницы для взрослых пользуются самыми разнообразными принципами построения питания в больнице. Даже при широком применении индивидуального питания нельзя отказаться от организации группового питания, поэтому вопрос о целесообразной схеме построения такового в детской больнице и детском отделении общей больницы представляет большой научно-практический интерес.

Известно, что качественное и количественное голодание задерживает рост организма и понижает его иммунитет. Частичное голодание, отклоняя корреляцию пищевых ингредиентов от оптимальной и нарушая требования закона о минимуме, причиняют организму ребенка больше вреда, чем полный голод.

Для нормального развития ребенка необходимо, чтобы в его рацион входили все пищевые вещества (белки, жиры, углеводы, минеральные элементы, витамины и вода) в определенных соотношениях друг к другу. Содержание их должно быть достаточно, чтобы удовлетворить все потребности роста и развития ребенка. У взрослых белки пищи идут на возмещение белка, который расходуется организмом в процессе жизни, у ребенка, кроме этого, белки должны еще идти на построение новых тканей, так как в детском возрасте процессы роста и развития совершаются непрерывно. Следовательно, у ребенка потребность в белке должна быть относительно выше. Из этого, однако, не следует, что пища ребенка должна содержать избыточное количество белка. При одних и тех же количествах белка задержка его в организме (хороший положительный баланс азота) и усвояемость бывают различны. Они зависят от качества белка, от сочетания в рационе продуктов и от количества в пище жира. Белки животного происхождения (рыба, мясо, яйца, молоко и молочные продукты), вследствие лучшей усвояемости и большего содержания полноценных аминокислот, обеспечивают ребенку оптимальные условия для жизни и развития. В связи с этим содержание белка животного происхождения в рационе ребенка должно быть не менее 50% суточного количества его для детей старшего возраста и 65—75% для детей младшего возраста.

Экспериментальные работы отдела детского питания научно-исследовательского института питания Наркомздрава СССР показали, что при замене молока и молочных продуктов мясом баланс азота понижается; при избытке жира — белок используется хуже. Наилучшая задержка азота в организме ребенка наблюдается при соотношении белка к жиру, как 1 : 1. Количество и качество жира в питании ребенка также играют большую роль. Жиры животного происхождения как содержащие необходимые для растущего организма липовитамины более ценны и количество их в суточном рационе детей должно преобладать. Потребность в белках и жирах с возрастом относительно снижается, потребность в углеводах увеличивается. Стремиться к избыточным количествам углеводов не следует, так как избыток их угнетает процессы роста и развития и понижает иммунитет. Наиболее благоприятным соотношением основных пищевых ингредиентов нужно признать отношение белка к жиру и углеводам, как 1 : 1 : 3 или 4. Работами Центрального института питания и его филиалов были установлены следующие нормы питания здоровых детей различного возраста. Эти нормы представлены в табл. 1. Расчет химического состава произведен на 1 кг веса тела ребенка.

Помимо основных пищевых ингредиентов, для растущего организма имеет большое значение содержание в пище минеральных веществ и ви-

Таблица 1. Нормы питания ребенка (в граммах на 1 кг веса)

Возраст	Белки	Жиры	Углеводы
Ясельный	4	3,3 — 3,5	10 — 12
Дошкольный	3,5 — 4	3,5 — 4	12 — 13
Школьный	2,5 — 3,5	2,5 — 3	12 — 15

таминов. Из минеральных веществ для ребенка наибольшее значение имеет содержание в питании кальция и фосфора. Нормы этих элементов и наиболее изучены. Дети, благодаря постоянному росту, нуждаются в значительных количествах их. Шерман и Гаулей рядом экспериментов установили, что наилучшее накопление кальция происходит при потреблении ребенком не менее 750 г молока в сутки. Опыты этих авторов показали также, что для обеспечения оптимальной скорости накопления кальция в нормально растущем организме требуется в среднем не менее 1 г кальция¹ в день. Далее, работы Шермана и Гаулей установили, что для лучшего роста и развития детям требуется приблизительно в 1½ раза больше фосфора, чем взрослым людям, и что количество его должно составлять в суточном рационе ребенка не менее 1,16—1,46 г. Однако вопрос об оптимальных нормах кальция и фосфора не может считаться окончательно решенным и требует дальнейшего изучения. Во всяком случае в рационе здорового ребенка содержание кальция должно быть не менее 1 г, а фосфора около 1,5—2 г в день. Наиболее благоприятным соотношением кальция и фосфора, повидимому, следует считать соотношение 1:1,5 или 1:2. Потребности здорового ребенка в витаминах вполне обеспечиваются достаточным количеством молока, сливочного масла, яиц, овощей, фруктов и разнообразных круп.

В весенне-зимнее время, вследствие длительного хранения овощей и фруктов, содержание витамина С в рационе может быть недостаточным, поэтому в это время года следует обогащать пищу детей витамином С; его вводят или в виде настоя шиповника, или в виде концентрата витамина С.

Если питание имеет такое большое значение для здорового ребенка, то тем большее значение приобретает оно во время болезни, когда все силы организма должны быть направлены на борьбу с болезнью. Клинические наблюдения показали, что качественное и количественное голодание во время болезни ребенка может служить причиной тяжелых осложнений и вести к дистрофии. Ярким примером в этом отношении служат большие дизентерии. Долгое время на дизентерию смотрели как на заболевание чисто местного характера и в силу общепринятого взгляда щадить больной орган ребенка, страдающего дизентерией, держали на так называемой «щадящей диете». Эта «щадящая диета» состояла обычно из слизистых отваров, черничного киселя и сухарей. На этой недостаточной в качественном и количественном отношении диете, скоро вызывавшей к тому же отвращение, держали больного ребенка до улучшения стула. В погоне за изменением характера стула забывали об общем состоянии больного. Стул со временем улучшался, но общее состояние ребенка ухудшалось, нарастало истощение, появлялись безбелковые отеки, развивались стоматит, кома, ксерофтальмия. При таких условиях питания большое количество детей погибало не только в силу тяжести болезни, но и вследствие истощения.

Еще Пирогов, Боткин, Засецкий и др. указывали на опасность недостаточного питания во время болезни и необходимость усиления его в это время. Засецкий говорит, что несмотря на то, что при лихорадочных заболеваниях отмечается понижение секреторной деятельности желудочно-кишечного тракта, смешанная пища усваивается хорошо. Наиболее убедительной работой в этом направлении является работа Умикова. Умиков показал на клиническом материале, что полноценное питание во время брюшного тифа укорачивает течение болезни, предохраняет больных от истощения, дает меньший процент рецидивов в летальности. В дальнейшем появился еще ряд работ, свидетельствующих о том, что полноценное питание оказывает благоприятное влияние на течение и других заболеваний. Так, раннее назначение смешанного, полноценного пита-

¹ Оптимальным потреблением кальция нужно считать не только определенное весовое его количество, а сочетание продуктов в рационе.

Таблица 2. Режим А мясо-

Форма режима	Характер режима	Кулинарно-техническая обработка продуктов	Набор продуктов
1-я	Рациональный стол	Любая кулинарно-технологическая обработка продуктов, принятая в рациональном питании детей	Разрешаются все продукты, принятые в рациональном питании детей школьного возраста
2-я	То же	Шинковка, рубка, варка до мягкости, обжарка	Разрешаются все продукты, принятые в рациональном питании детей дошкольного и школьного возрастов
3-я	Умеренная форма механического щажения	Рубка, протирка, варка до мягкости, припускание, запекание, готовка на пару	Разрешаются все продукты, принятые в питании детей младшего возраста. Исключаются: ржаной хлеб, селедка, макароны и бобовые
4-я	Строгая форма механического щажения	Все продукты протираются. Пища дается в пюреобразном виде	Разрешаются все продукты, принятые в питании детей младшего возраста. Исключаются: ржаной хлеб, селедка, макаронные изделия и бобовые
5-я	Более строгая форма механического щажения	Разрешаются только жидкие блюда (отвары, настои, соки, морсы, кисели и т. д.)	Разрешаются овощи, фрукты, сухие и свежие, ягоды, крупы, молоко, мясо, сахар, мука картофельная

молочно-растительный (смешанный)

Число приемов пищи	Показания к применению	Примечания
4	Рациональный стол для детей школьного возраста. Назначается при хронических инфекциях (туберкулез, ревматизм, малярия), в период выздоровления от любого заболевания (скарлатина, дифтерия, воспаление легких и т. д.), при хирургических заболеваниях, не требующих механического щажения, и т. д.	—
4	Рациональный стол для детей дошкольного и младшего школьного возрастов. Назначается при тех же заболеваниях, что форма 1-я, и как разгрузочное питание для детей старшего школьного возраста	—
4—5	Рациональный стол для детей младшего возраста. Переходный к рациональному питанию и лечебный для детей старшего возраста. Детям старшего возраста назначается при лихорадочных заболеваниях (воспаление легких, 3—4-я неделя брюшного тифа, скарлатина и т. д.), при дизентерии на 2-й неделе, при желтухе, при болезнях почек в известном периоде и т. д.	При нефрите форма 3-я готовится без соли и экстрактивных веществ. Первое блюдо вегетарианское. Хлеб дается без соли
5—6	Рациональный стол для детей раннего возраста (от 1 года до 2 лет). Лечебный для детей старше 2 лет. Детям старшего возраста назначается в первые дни после операции на желудочно-кишечном тракте, при <i>comotio cerebri</i> , при травме жевательного аппарата, при дизентерии с 5—7-го дня болезни, в первые недели брюшного тифа, при тяжелом течении любого заболевания	Вместо молока может быть назначена любая молочная смесь или сцеженное грудное молоко
5—10	Разгрузочный стол для детей всех возрастов (старше года). Назначается после операции на желудочно-кишечном тракте, в период токсикоза любого заболевания (скарлатина, воспаление легких, дизентерия, менингит и т. д.), при травмах жевательного аппарата и т. д.	—

ния при скарлатине быстрее восстанавливает равновесие организма, повышает иммунитет ребенка, уменьшает количество осложнений. Клинико-экспериментальные работы отдела детского питания Научно-исследовательского института питания Наркомздрава СССР показали, что при скарлатине полноценное питание не только оказывает благоприятное влияние на течение болезни, но и ведет к хорошей задержке азота и минеральных веществ. При условии достаточного потребления пищи хороший положительный баланс азота и минеральных элементов достигается во все периоды скарлатины, несмотря на наличие осложнений и повышения температуры. Леенсон и Генкина, исследуя азотистый баланс у детей, больных дизентерией, приходят к выводу, что белковое равновесие у этих больных восстанавливается быстрее на диете с преобладанием животного белка. Белоусов, изучая вопросы оптимального количества белка и соотношение животного белка к растительному в рационе выздоравливающих от дизентерии и брюшного тифа, делает вывод, что лишь превалирование животного белка обеспечивает наиболее стойкое и полное его использование организмом реконвалесцента. Таким образом, клинические наблюдения показали, что наилучшие результаты получаются в тех случаях, где во время болезни ребенок был обеспечен полноценным питанием. Благоприятное влияние полноценного питания на течение ряда заболеваний приводит нас к заключению, что питание ребенка во время болезни должно быть построено по принципу питания здорового ребенка, т. е. оно должно содержать все пищевые вещества (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины и воду) соответственно возрастным потребностям ребенка и в правильном их соотношении (1:1:3 или 4). При определенных показаниях (операции на желудочно-кишечном тракте, интоксикации, острые желудочно-кишечные заболевания в стадии токсикоза и т. д.) нормы пищевых ингредиентов на короткий срок могут снижаться, но и в этих случаях пища больного ребенка должна содержать все пищевые вещества. Исходя из того принципа, что питание ребенка во время болезни должно быть полноценным и отвечать его возрастным потребностям, режим питания в детской больнице следует строить на основе физиологических норм. Принимая во внимание большую потребность организма во время болезни в витаминах, необходимо позаботиться о том, чтобы количество их в случае надобности было увеличено. Подвоз витаминов А и D можно увеличить назначением рыбьего жира, витамина С — настоем шиповника или его концентратом, витамина В — торулином.

В питании больного ребенка следует придавать большое значение кулинарно-технологической обработке продуктов и вкусовым качествам пищи. Рубка, протирка, приготовление пищи на пару дают возможность приготовить легко усвояемую пищу из продуктов, обычно применяемых для питания здорового ребенка. Предлагаемая схема питания и построена с учетом всего вышесказанного (табл. 2 и 3).

Эта схема разработана отделом детского питания Института питания совместно с диетологами московских детских больниц. В основу ее положена схема питания больницы им. Боткина, видоизмененная соответственно особенностям детского возраста. В течение нескольких лет она изучалась, уточнялась и добавлялась отделом детского питания Института питания (д-р Броннер).

Схема эта имеет два основных режима (табл. 2 и 3): первый режим — мясо-молочно-растительный (смешанный), условно обозначаемый буквой «А», и второй режим — молочно-растительный, условно обозначаемый буквой «Б».

Оба режима в зависимости от способа кулинарно-технологической обработки продуктов делятся на 5 форм:

1-я форма — любая кулинарно-технологическая обработка продуктов (рациональный стол);

Таблица 3. Режим Б молочно-растительный

Форма режима	Кулинарно-технологическая обработка продуктов	Набор продуктов	Число приемов пищи	Показания к применению	Примечание
1-я	Любая кулинарно-технологическая обработка продуктов	Все молочно-растительные продукты. Исключаются: ржаной хлеб, бобовые	4	Назначается в остром периоде нефрозо-нефрита и как ориентировочный стол в период клинического исследования	Любая форма режима может быть приготовлена без соли
2-я			Не употребляется		
3-я	Разварка до мягкости, запекание, припускание, паровая готовка	Все молочно-растительные продукты. Исключаются: ржаной хлеб, бобовые, макароны	4—5	Назначается в остром периоде лихорадочных заболеваний при наличии токсикоза, плохого аппетита, при нефрозо-нефрите, в остром периоде желтухи и как ориентировочный стол в период клинического обследования	—
4-я	Все продукты даются в пюреобразном виде	Все молочно-растительные продукты. Исключаются: ржаной хлеб, бобовые, макаронные изделия, сметана	5—6	Рациональный стол для детей в возрасте от 9 до 11 месяцев. Разгрузочный — для детей старше года в период токсикоза и тяжелого общего состояния в течение любого заболевания (дизентерия 1—5-й день болезни, брюшной тиф 1—2-я недели и т. д.)	—
5-я	Разрешаются только жидкие блюда (отвары, настои, соки, морсы, кисели и т. д.)	Разрешаются: овощи, фрукты, крупы, сахар, мука картофельная	5—10	Назначается на 6—12 час. в качестве водной паузы при желудочно-кишечных заболеваниях и при тяжелых токсикозах различной этиологии	—

2-я форма—шинковка, рубка, легкая форма механического щажения); рациональный стол);

3-я форма — разварка до мягкости, рубка, протирка, запекание, припускание, готовка на пару (умеренная форма механического щажения);

4-я форма — протирка, пюреобразное приготовление пищи (строгая форма механического щажения);

5-я форма — вся пища дается в жидком и полужидком виде (более строгая форма механического щажения).

Отличие диет по виду кулинарно-технологической обработки продуктов дает возможность проводить питание с различной степенью механического щажения.

Кроме отличия диет по степени механического щажения, каждая форма режима А и Б, в случае надобности, может отличаться одна от другой по химическому составу, калорийности и объему суточного рациона, уменьшающихся от 1-й формы к 5-й. Отличие диет по химическому составу, калорийности и объему суточного рациона, уменьшающихся от 1-й к 5-й форме, позволяет проводить повозрастное питание, усиливать и разгружать пищевой рацион больного ребенка. Для того чтобы более точно провести повозрастное питание, каждая форма режима А и Б может иметь два и три подразделения (для детей ясельного, дошкольного и школьного возрастов).

Режим А можно использовать для детей различного возраста в качестве рационального и лечебного стола. Например, стол А (смешанный стол, пюреобразное приготовление блюд) может быть лечебным столом для ребенка старше 3—4 лет (брюшной тиф, дизентерия, операция на желудочно-кишечном тракте) и рациональным для ребенка в возрасте 1 года. Стол А₂ (смешанный стол, легкая форма механического щажения) может быть рациональным для ребенка 7 лет и разгрузочным для 10—11 лет.

Режим Б является режимом лечебным и только в своей 4-й форме он может служить в качестве рационального стола для детей в возрасте от 9 до 11 месяцев.

Имея смешанный стол, мясо-молочно-растительный, и комбинируя эти два режима (так называемый дополнительный режим БА, где первое блюдо будет всегда вегетарианским, а второе может быть мясным или рыбным), можно довольно широко удовлетворить детей, нуждающихся в лечебном питании. Вышеуказанная схема питания проводится, кроме Образцовой детской больницы, и в некоторых других детских больницах Москвы (больницы им. Филатова, им. Русакова). На материале Образцовой детской больницы она вполне себя оправдала, так как дает возможность охватить рациональным и лечебным питанием большой детский коллектив различного возраста. Кроме того, осуществляя групповое питание, эта схема позволяет индивидуализировать пищу для больного ребенка. Она проста для усвоения и легко выполнима как в крупных, так и в небольших лечебных детских стационарах с различными по характеру заболевания и по возрастным контингентам больными.

ОПЫТ СЛИЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ ПО МАТЕРИАЛАМ 2-й ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ОМСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Ординатор В. А. Полякова

(Зав. кафедрой — доцент Т. Л. Мариупольская)

Правильная постановка диагноза возможна лишь при внимательном клиническом наблюдении лечащим врачом больного ребенка и при своевременном использовании всех методов обследования, которыми владеет современная наука. Громадное значение в этом отношении имеет повышение квалификации врачей-педиатров. Вопрос правильной диагностики является основным в современной медицине, вот почему анализ ошибок в смысле сличения клинических и поликлинических диагнозов и изучение полных и частичных расхождений диагнозов клинических и патологоанатомических должны быть всегда в поле зрения врача-педиатра. Только постоянное изучение ошибок и их причин при теснейшей связи детских стационаров с работниками других детских учреждений, а также изучение секционного материала и глубокое овладение врачом основами педиатрической науки, подкрепленными практикой, может привести к снижению диагностических ошибок.

Если по вопросу сличения клинических и патологоанатомических диагнозов в детской практике мы имеем ряд работ, то сличению клинических и поликлинических диагнозов уделяется чрезвычайно мало внимания. Нам известна одна такая работа (д-ра Иванова), которая, однако, касается взрослых, в отношении же сличения клинических и поликлинических диагнозов среди детей мы в доступной нам литературе не нашли указаний.

С 1.IX.1938 по 1.IX.1939 через 2-ю детскую клинику ОММ, работающую на базе Омской железнодорожной больницы, прошло 1 704 больных. В обработку для сличения диагнозов взято 1 684 истории болезни (табл. 1).

Таблица 1

Каким учреждением направлен больной	Количество детей	
	абс.	%
Детская консультация	945	56,1
Детские ясли	207	12,3
Детская лечебно-профилактическая амбулатория	149	8,84
Центральная поликлиника	141	8,4
Амбулатория	139	8,25
Скорая помощь	45	2,7
Снятые с поезда	18	1,07
Направлены с линии	40	2,34
Итого	1 684	100

Из таблицы видно, что основная группа детей (56,1%) была направлена детской консультацией; это указывает на тесную связь работы детской железнодорожной консультации с детским клиническим отделением. В связи с этим наш стационар обслуживает главным образом ранний детский возраст, который представляет для врача, направляющего ребенка в клинику, наибольшие трудности в диагностическом отношении.

По диагнозам, поставленным учреждениями, направлявшими детей в нашу клинику, мы имеем 531 случай (31,6%) заболеваний органов ды-

хания, 498 случаев (29,6%) простой диспепсии, 99 случаев (5,7%) токсической диспепсии, 103 случая (6,1%) дизентерии, 35 случаев (2,1%) ревматизма, 16 случаев (0,9%) туберкулеза, 19 случаев (1,1%) менингита, 21 случай (1,3%) малярии, 26 случаев (1,6%) спазмофилии и 336 случаев (20%) прочих заболеваний.

Таким образом, через детскую клинику прошли дети, больные главным образом пневмониями и поражениями желудочно-кишечного тракта. Необходимо указать, что небольшая группа детей в числе 55 (3,3%) поступила для выяснения диагноза. В ряде случаев мы отмечали, что лечащие врачи вместо диагноза указывали на симптомы заболевания, например: кровавая рвота, рвота, паралич правой руки, задержка мочеиспускания, паралич кишечника и др.

Диагностические ошибки в практике врача-педиатра встречаются чаще, чем у врачей, лечащих взрослых больных. Трудность диагностики в раннем детском возрасте зависит в основном от анатомо-физиологических особенностей детей, которые ведут к своеобразным реакциям детского организма в различные периоды его развития; например, дизентерия очень часто может протекать при отсутствии типичных признаков болезни — без крови, слизи и тенезмов, и такие атипичные случаи иногда могут диагностироваться как простая или токсическая диспепсия. Некоторый процент случаев расхождений в диагнозе следует считать результатом неприменения клинических методов исследования, а иногда и недостаточных теоретических знаний врача. С другой стороны, встречаются случаи ошибок в диагностике вследствие невнимательности врача к анамнестическим данным или недостаточного обследования больных.

При анализе каждого случая мы различали следующие результаты: 1) полное совпадение в диагнозе как основного заболевания, так и осложнений, и сопутствующих явлений; 2) полное расхождение в диагнозах основного заболевания; например, ребенок направлен с диагнозом токсической диспепсии, а клинический диагноз установил наличие дизентерии (или наоборот); 3) неполное расхождение в диагнозах; к этой группе мы относим случаи, где не распознано осложнение или сопутствующее заболевание; например, при направлении ребенка был поставлен диагноз пневмонии, а клинически установлена пневмония и осложняющий ее отит.

Переходим к анализу нашего материала.

Полное совпадение в диагнозах мы указывали в 1 200 случаев (71,2%); полное расхождение в 358 случаях (21,3%), неполное расхождение в 126 случаях (7,5%).

Таблица 2

Каким учреждением направлены больные	Количество направлен- ных боль- ных	Полное совпадение в диагнозах		Неполное совпаде- ние в диагнозах или полное расхождение	
		количество случаев	%	количество случаев	%
Детская консультация . . .	945	699	74	245	26
Ясли	207	148	71,5	59	28,5
Детская лечебно-профи- лактическая амбулатория	149	117	78,5	32	21,5
Центральная поликлиника.	141	109	77,3	32	22,7
Амбулатория	139	63	45,3	76	54,7
Скорая помощь	45	34	75,5	11	24,5
Снятые с поезда	18	15	83,3	3	16,7
Направлены с линии . . .	40	15	37,5	25	62,5
Итого	1 684	1 200	71,2	484	28,8

Таблица 3

Диагноз поликлинический	Количество больных, направленных дет- скими учреждениями	К л и н и ч е с к и й д и а г н о з																	Всего несо- падений									
		Число случаев совпадений	Туберкулез легких	Миларный туберкулез	Плеврит	Бронхит	Эндо-миокардит инфекционный	Отит гнойный	Фурункулез	Малярия	Бронхоаденит	Плевропневмония	Пневмония	Токсическая диспепсия	Простая диспепсия	Дизентерия	Брюшной тиф	Инфекционный адрит	Корь	Пилурия	Ревматизм	Врожденный по- рок сердца	Спазмофилия	Цереброспи- ненингит	Полномозговой инфаркт	Бруцеллез	абс.	%
Пневмония . . .	509	409	6	4	2	21	1	4	2	2	4	3	409	7	17	14	4	—	1	1	1	1	1	—	1	—	100	19,6
Плеврит . . .	10	5	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	50
Бронхит . . .	12	6	1	—	—	6	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	50
Диспепсия простая	498	335	4	1	—	3	—	2	—	—	2	—	77	28	335	45	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	163	32,7
Диспепсия токсическая . . .	99	22	—	3	—	—	—	10	—	—	—	—	10	22	1	48	3	—	—	—	—	1	—	1	—	—	77	77,7
Дизентерия . . .	103	80	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	2	11	3	80	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	23	22,3
Ревматизм . . .	35	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	3	—	—	6	9	25,7	
Туберкулез разных органов . . .	16	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	4	25	
Менингит церебро- спинальный . . .	19	9	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	9	—	10	52,6	
Малярия . . .	21	17	—	—	—	—	—	—	—	17	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	19	
Спазмофилия . .	26	20	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	—	—	6	23	
Прочие . . .	336	259	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	77	22,9	
Итого . . .	1684	1200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	481	—

В табл. 2 показано распределение совпадений и несовпадений в диагнозах клиники и в диагнозах, поставленных учреждениями, направившими больного ребенка.

Из табл. 2 видно, что наибольший процент несовпадений приходится на больных детей, поступивших с линии, из амбулатории и детских яслей.

Из группы случаев полного и неполного расхождения в диагнозе мы особо выделили случаи трудно диагностируемых заболеваний. Эти заболевания, несомненно, должны находиться под специальным наблюдением клиницистов.

По нашему материалу, расхождения, вследствие трудности в распознавании болезни, отмечены в 300 случаях (62%); 184 случая (38%) ошибок следует отнести за счет недостаточного обследования больного или халатности врача.

Наибольший интерес представляет анализ причин ошибок в диагностике по некоторым отдельным видам заболеваний. Из табл. 3 видно, что большинство нераспознанных диагнозов относилось к диспепсии простой и токсической, к дизинтерии и к заболеваниям органов дыхания.

В табл. 4 показаны диагностические ошибки, зависящие от трудностей распознавания болезни или от невнимательного отношения врача.

Таблица 4

Наименование лечебного детского учреждения	Трудность в диагностике		Невнимательность и халатное отношение врача	
	количество случаев	‰	количество случаев	‰
Детская консультация	146	59,3	100	40,7
Детские ясли	51	83,4	8	13,6
Детская лечебно-профилактическая амбулатория	19	59,4	13	40,1
Амбулатория	45	59,2	31	40,8
Центральная поликлиника	19	59,4	13	40,6
Скорая помощь	7	63,6	—	36,4
Сняты с поезда	3	16,7	4	—
Направлены с линии	10	40,0	15	60,0
Итого	300	62	184	38

Из табл. 4 видно, что ошибки в диагностике из-за невнимательности и халатного отношения врача относятся к больным детям, доставленным с линии железной дороги, а также к тем, которые были направлены амбулаториями. Но в общей сложности наибольший процент (62) несовпадений падает на трудности в диагностике.

Ниже приводим пример ошибки в диагнозе из-за сложности случая.

1. Лариса С., 10 мес. 22 дней (история болезни № 1764). В клинику поступила 13.X.1938 на 5-й день заболевания, которое началось с учащенного стула, до 4—5 раз в сутки, и рвоты после приема пищи, при температуре 37,4°. С описанными явлениями ребенок был направлен врачом консультации в клинику с диагнозом простой диспепсии. При поступлении в клинику объективно было установлено следующее: состояние удовлетворительное, дистрофия II степени; кожа сухая, чистая, на бедрах и животе собирается в складки; периферические лимфатические железы (шейные, подчелюстные, подмышечные) множественны, эластичны. В легких определяется укорочение перкуторного звука справа под нижним углом лопатки; аускультативно там же и в нижних долях необильные влажные мелкопузырчатые хрипы. Сердечные тоны несколько приглушены, учащены. Зев чист; слизистые полости рта суховатые.

Анализы. 15.X. Кровь: Hb 62%, эр. 3 340 000, л. 12 400, ю. 1%, п. 10%, с. 66%, мон. 3%, лимф. 20%; моча: белок обнаружен в количестве 1,099‰, гнойные клетки в количестве 1—3 в поле зрения. 21.X. Рентгеноскопией органов груд-

ной клетки установлен на протяжении обоих легких усиленный легочный рисунок и рассеянные мелкоочаговые тени.

16.X дополнительно сделана реакция Пирке, результат слабо положительный. В последующие дни пребывания в клинике состояние ребенка ухудшалось: появились резкая одышка, сонливость. В легких на всем протяжении большое количество крепитирующих и мелкопузырчатых влажных хрипов, перкуторно-коробочный звук. Со стороны сердца — учащение и глухие тоны. Стул диспептический, 4—5 раз в сутки, частая рвота. Клинический диагноз: милиарный туберкулез без видимого первичного комплекса.

2. Шура, 1 года 1 мес. (история болезни № 852). В клинику поступил 24.VI.1939 на 6-й день болезни. Направлен врачом амбулатории с диагнозом токсической диспепсии. Заболел остро 18.VI: температура 38°, очень частый жидкий стул, иногда со слизью; крови и тенезмов не было. Рвота связана с приемом пищи. Объективно при поступлении в клинику состояние ребенка тяжелое; ребенок вял, на окружающее не реагирует. Положение пассивное. Со стороны органов дыхания изменений нет; сердечные тоны приглушены; живот вздут, безболезнен при пальпации, усиленная перистальтика кишок; печень и селезенка не пальпируются; стул частый, водянистый с примесью комочков слизи.

25.VI. Состояние больного вялое, аппетит плохой. На слизистой полости рта явления молочницы. Слева под лопаткой укорочение перкуторного звука, дыхание ослаблено, на остальном протяжении обоих легких обильные влажные хрипы. Сердечные тоны приглушены, учащены. Стул зеленого цвета, иногда со слизью, частый. 26.VI. Состояние ухудшается. Стул без счета, сплошная слизь, появились тенезмы. Поставлен диагноз дизентерии и воспаления легких. Ребенок переведен в инфекционное отделение.

Наряду с диагностическими ошибками вследствие сложности случая из-за невнимательности врача и недостаточного обследования не распознаются очевидные заболевания. Приведем примеры.

3. Шура Ш., 1 года 10 мес. (история болезни № 1728), поступил в клинику 5.X.1938 в 3 часа ночи; направлен дежурным врачом скорой помощи с диагнозом острого ларингита. Заболевание началось 3.X потерей голоса, одышкой при лающем кашле и температуре 37,6°. Объективно состояние ребенка очень тяжелое: полная афония, одышка, лающий кашель. В зеве на миндалинах налеты серого цвета. На всем протяжении обоих легких большое количество сухих и влажных хрипов. Тоны сердца глухие. Клинический диагноз — дифтерия зева. Была введена противодифтерийная сыворотка, срочно сделана трахеотомия и ребенок был переведен в инфекционное отделение.

В этом случае диагноз острого ларингита был поставлен только по невниманию врача в связи с недостаточным и поверхностным обследованием полости рта больного ребенка.

4. Петя К., 8 месяцев, поступил 17.V.1939, направлен врачом детской консультации с диагнозом диспепсии. Заболевание началось 15.V с высокой температуры—39,5°. Частый жидкий стул. 16.V показались прожилки крови. Объективно: состояние ребенка удовлетворительное; питание хорошее; легкие без изменений; сердечные тоны приглушены. Стул частый, слизь и прожилки крови.

Анализы. 23.V. Кровь: Нб 54%, эр. 3 860 000, л. 13 200, ю. 1%, п. 9%, с. 430/0, мон. 3%, лимф. 44%; со стороны мочи изменений нет. Клинический диагноз — дизентерия.

Этот случай является примером невнимательного отношения врача к анамнезу больного.

Выводы

1. В условиях поликлинической и консультационной работы врача-педиатра заболевания желудочно-кишечного тракта (дизентерия и токсическая диспепсия) дали наибольшее количество диагностических ошибок.

2. Анализ нашего материала показал, что полное совпадение диагнозов клинического и поликлинического имело место в 1 200 (71,2%) случаях, полное расхождение в 358 (21,3%) случаях, неполное совпадение диагнозов в 126 (7,5%) случаях.

3. Большинство случаев расхождения диагнозов следует отнести за счет трудности диагностики (300, или 62% случаев). Ошибки в диагнозе вследствие невнимательности и халатного отношения врача составляют на нашем материале 184 (38%) случая.

4. В целях снижения количества ошибок в диагнозах врачей детских учреждений необходимо систематически повышать их квалифика-

цию посредством стажирования, командирования их на курсы усовершенствования и организации декадников по определенной тематике.

5. Необходимо систематически заниматься анализами сличения диагнозов на клинических конференциях с широким привлечением работников детских учреждений.

От редакции. Придавая важное значение поднятию качества работы амбулаторных учреждений и считая предложение автора полезной формой работы, редакция просит читателей поделиться на страницах журнала своим опытом по улучшению качества амбулаторного обслуживания больных детей.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ КРОВИ В РОДИЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Ф. Г. Клебанов

Накопление огромного опыта переливания крови, углубленные исследования и изучение терапевтического влияния трансфузии при различных заболеваниях привело к значительному расширению рамок применения этого лечебного фактора.

Переливание крови блестяще себя оправдало и спасло тысячи жизней доблестных бойцов Красной армии во время войны с белофиннами.

Для того чтобы всегда, в любой момент и в любой ситуации, располагать достаточными возможностями снабжения кровью нуждающихся в ней, необходимо предварительно обеспечить максимальное использование всех возможных источников получения крови и, что не менее важно, обеспечить четкую и стройную организацию этого дела. Среди различных видов утильной крови, используемых в настоящее время для переливания, большое место должно быть отведено плацентарной крови, впервые предложенной для этой цели в 1934 г. проф. М. С. Малиновским.

Работы, вышедшие из клиники М. С. Малиновского, и вслед за этим ряд других работ (Баренбойм и Каплан, Брускин, Ферберова, Новикова и др.) подтвердили большую биологическую ценность плацентарной крови и полную целесообразность использования для трансфузий этого нового обширнейшего источника крови.

Высокое содержание гемоглобина в плацентарной крови, достигающее до 100—120%, насыщенность крови эритроцитами до 5—6 мл, повышенное содержание билирубина должны оказывать благоприятное влияние при переливаниях с целью возмещения острых кровопотерь.

Повышенная свертываемость плацентарной крови, увеличенное количество кальция в ней, наличие какого-то вещества, характеризующегося адреналоподобным действием, обуславливают эффективность переливаний плацентарной крови с гемостатической целью.

Насыщенность плацентарной крови гормонами (фолликулин, пролан) позволяет с успехом применять эту кровь при заболеваниях, связанных с нарушением функции желез внутренней секреции (ювенольного кровотока и др.).

Практически важным является и низкое содержание агглютининов в сыворотке плацентарной крови, благодаря чему 0 группа может быть использована более широко, чем соответствующая группа других видов крови.

Этот далеко не полный перечень биохимических и морфологических особенностей плацентарной крови достаточен, однако, для оценки ее как

высоко активного лечебного фактора. Одновременно с изучением свойств плацентарной крови выявлялись возможности получить ее в больших количествах. Так, Брускин определил, что в московских родильных домах может быть собрано 2 т плацентарной крови, в Ленинграде еще больше (Гребенщикова и Шрайбер). Такие количества могут удовлетворить потребность в ней не только родильных домов, но и всех лечебных учреждений этих городов.

Постоянство источника получения плацентарной крови, в особенности в условиях высокой рождаемости в нашей стране, ее биохимическая полноценность, известная простота сбора и большая экономичность достаточно убедительно говорят о серьезном значении широкой и правильной организации сбора, хранения и переливания плацентарной крови в родильных учреждениях.

Значение плацентарной крови особенно возрастает в условиях военной обстановки. Опыт войны с белофиннами показал, что и плацентарная кровь нашла себе широкое применение.

Еще в 1936 г. Ученый медицинский совет Наркомздрава на основе положительного опыта работ Малиновского, Брускина и др. признал необходимым перенести практику переливания плацентарной крови в другие научно-исследовательские учреждения с целью дальнейшего изучения и распространения этого метода.

В 1939 г. на основе уже накопившегося большого опыта Управление родильных домов и женских консультаций (отдел родовспоможения) Наркомздрава СССР разработало и разослало на места специальную инструкцию по организации в родовспомогательных учреждениях сбора, хранения и использования плацентарной крови для целей переливания.

Одновременно Наркомздравом СССР было направлено циркулярное письмо, предлагавшее организовать это мероприятие во всех крупных родовспомогательных учреждениях, имеющих свыше 50 коек, и в акушерско-гинекологических клиниках институтов.

Как же обстоит фактически вопрос со сбором и переливанием плацентарной крови?

В резолюции IV пленума комиссии родовспоможения Наркомздрава СССР (1941 г.) отмечено: «Переливание крови как эффективный лечебно-профилактический метод вошло в практику родовспомогательных учреждений, но не везде оно применяется достаточно широко, что зависит, в частности, от того, что сбору и переливанию плацентарной крови руководители учреждений не уделяют должного внимания».

В ряде учреждений отдельных городов сбор и переливание плацентарной крови завоевали прочные позиции и полностью вошли как обязательный элемент в повседневную работу учреждений.

В клинике проф. Малиновского за I квартал 1941 г. было собрано 42 л плацентарной крови и произведено 115 переливаний этой крови. Только в 10 случаях (8%) клиника прибегла к донорской крови. Такое почти полное самообеспечение плацентарной кровью позволило широко пользоваться этим методом, в частности, и для профилактики послеродовых заболеваний после оперативных вмешательств, особенно после ручных вхождений в полость матки. Клиника широко пользуется сливным методом, а в последнее время и капельным, смешивая и переливая по несколько порций крови (300 г и больше) при средней получаемой порции в 70 г. Часть крови, которая не может быть использована для переливания (содержание сгустков, малые порции с соответственно высоким содержанием цитрата), находит свое применение в виде гемоклизиса, приема per os, внутримышечного введения не только в послеродовом, но и в детском, и гинекологическом отделениях клиники.

В Центральном научно-исследовательском акушерско-гинекологическом институте в Ленинграде (директор — д-р Полоцкий) работа по переливанию крови прекрасно организована: за 5 месяцев 1940 г. в ин-

ституте было собрано 70 л плацентарной крови, из них использовано для трансфузии 48 л.

В акушерско-гинекологической клинике санитарного факультета II ЛМИ (проф. Шполянский) за 1939 г. произведено 870 переливаний плацентарной крови (92 л), широко применяемой в терапии пуэрперального сепсиса. Краснодарский родильный дом № 1 и акушерская клиника Кубанского медицинского института (проф. Фейертаг) полностью удовлетворяют свои нужды собираемой плацентарной кровью. Акушерская клиника Горьковского института, помимо этого, снабжает плацентарной кровью ряд других лечебных учреждений. Многие другие родильные учреждения (Тбилисский научно-исследовательский институт, Сумский городской родильный дом, родильные дома № 8 и 9 в Москве и др.) широко проводят сбор и переливание плацентарной крови. Родильный дом № 3 в Воронеже (проф. Крупский) получил за год, благодаря использованию плацентарной крови, экономию в 3 363 руб. По Ленинграду уже произведено 3 000 переливаний плацентарной крови, и годовая экономия по одному этому городу может достигнуть примерно 1 млн. рублей (Филатов). Широко пользуются плацентарной кровью и другие родовспомогательные лечебные учреждения. Так, в Московском онкологическом институте количество переливаний плацентарной крови исчисляется тысячами.

Приводимый перечень можно было бы продолжать, но и сказанное достаточно иллюстрирует большие возможности, существующие в родильных учреждениях, в деле сбора и переливания плацентарной крови. К сожалению, эти возможности пока еще используются далеко не всеми, в том числе даже весьма крупными родильными учреждениями. Возможно, что немалую роль в замедленных темпах внедрения и развития дела сбора и переливания плацентарной крови, помимо общей недооценки значения этого мероприятия, играет также существующее у руководителей некоторых родильных учреждений превратное представление о большой сложности организации этого дела.

А между тем организация процесса сбора, хранения и переливания плацентарной крови, как это показывает опыт, технически несложна и сравнительно легко осуществима, хотя безусловно требует большой педантичности и четкости.

Основными элементами, обеспечивающими планомерное проведение всего этого мероприятия, является организация сбора плацентарной крови в родильном зале, надлежащей подготовки аппаратуры (посуды) и необходимых условий для консервирования и хранения собранной крови и соответствующая подготовка персонала. Согласно инструкции Наркомздрава СССР от 1939 г., методика и техника сбора крови представляется в следующем виде.

Сбор плацентарной крови производится в родильном доме у всех здоровых женщин после нормальных родов здоровыми младенцами.

При наличии анамнестических указаний или подозрении на заболевания роженицы малярией, туберкулезом или сифилисом полученная кровь не может быть, конечно, использована и потому не собирается. Не подлежит сбору также кровь у женщин, имеющих в анамнезе привычные выкидыши. Противопоказан также сбор плацентарной крови у рожениц с явлениями местной или общей инфекции, интоксикации, у лихорадящих женщин и при наличии грязных или давно отошедших вод.

Важнейшим условием для получения пригодной для переливания крови является предотвращение загрязнения ее, т. е. абсолютная асептичность сбора. С этой целью лицо, берущее кровь, соответствующим образом обрабатывает руки и проводит все последующие манипуляции в стерильном халате и маске.

Техника сбора крови сама по себе не представляет трудностей. Через 2 минуты после рождения ребенка пуповину, обработанную 95° спир-

том, отсекают на расстоянии 10—15 см от пупочного кольца между двумя наложенным на нее пинцетами Кохера и стерильной пленкой ограждают материнский конец пуповины от соприкосновения с кожей и анальной областью. Вслед за этим в участок пуповины, дополнительно обработанный спиртом и йодом, в пупочную вену вкалывают в центральном направлении иглу с широким просветом (Дюфо, ветеринарная игла), соединенную посредством резиновой трубки с банкой, содержащей лимоннокислый натрий. Кровь, стекая по трубке, благодаря легкому покачиванию, смешивается с последним.

Кровь следует собирать только до тех пор, пока она течет полной струей, ни в коем случае не применяя с целью форсирования выжимания ее из пуповины. Очень важно для предотвращения травматизации эритроцитов так регулировать уровень стеклянных трубок в банке во время сбора крови, чтобы струя падала на дно сосуда с небольшой высоты (2—3 см). Когда поступление крови из пуповины в банку прекратится, резиновая пробка со стеклянными трубками заменяется стерильной притертой стеклянной пробкой, покрытой сверху пятью слоями стерильной марли. В таком закрытом виде банка с кровью хранится до момента использования для переливания. Одновременно кровь из пуповины собирается также в две маленькие пробирки и служит для реакции Вассермана и двух осадочных реакций.

Группа собранной крови обязательно определяется по капле крови, взятой из пуповины, а в дальнейшем может быть проверена по крови одной из маленьких пробирок и, наконец, перед трансфузией — непосредственно по крови основной банки.

Весьма ответственным моментом является четкая паспортизация каждой банки крови, осуществляемая путем наклейки на банку соответствующей этикетки сразу же после взятия крови.

В указанной выше инструкции Наркомздрава СССР предусматривается и специальная расцветка этикеток в зависимости от различных групп крови и занесение на этикетку всех основных данных — дата сбора крови, группа, реакция Вассермана и т. д. Банки с кровью сразу помещаются в ледник, причем в последнем должны быть строго выделены два отделения: одно для хранения крови, подлежащей еще обследованию, и другое — для крови, уже полностью обследованной, с отметкой о годности для переливания.

Совершенно понятна необходимость поддержания внутри ледника безукоризненной чистоты, недопустимость хранения в нем каких-либо посторонних предметов и наблюдения за ровной температурой (от $+4$ до $+8^{\circ}$), благоприятной для хранения крови.

Следующим чрезвычайно важным и, пожалуй, наиболее сложным моментом во всей организации сбора и хранения плацентарной крови является подготовка аппаратуры (посуды). Методика и техника процесса подготовки аппаратуры, так же как и последующей стерилизации ее, подробно изложены в инструкции Наркомздрава СССР и требуют большой педантичности и добросовестности. При известном навыке подготовка и стерилизация аппаратуры легко усваиваются даже санитаркой, работающей под руководством и контролем сестры. Организация подготовки аппаратуры, как и проведение сбора, хранение и переливание плацентарной крови не сопряжены с какими-либо особыми затратами, не требуют сложных приспособлений и вызывают безусловно выполнимые требования. Так, оборудование и организация рабочего места для проведения всей подготовительной и текущей работы по сбору и хранению плацентарной крови, по сути говоря, исчерпываются одним или двумя столами и таким простым инструментарием и приборами, как игла Франка, зажим Кохера, игла Дюфо, жгут, стерилизатор, штатив с пробирками и т. п.

Для стерилизации аппаратуры необходим автоклав, который имеется во всех крупных родильных учреждениях. В большинстве же крупных учреждений имеется также и комнатный ледник.

Аппаратура для переливания плацентарной крови (банки, резиновые и стеклянные трубки, пробки, иглы) вырабатывается нашей промышленностью и направляется во все республики в адрес институтов (филиалов) переливания крови, которые распределяют ее между родильными учреждениями.

Для систематического проведения и эффективности этой работы необходима соответствующая подготовка персонала. В наших условиях знание методики и техники переливания крови стало безусловной обязанностью каждого врача. Врач родильного учреждения должен безукоризненно владеть техникой переливания крови, поскольку характер его работы, расширение рамок показаний к применению этого мощного терапевтического метода при наличии достаточных запасов крови ставят его перед необходимостью все чаще и чаще прибегать к последнему.

В ряде учреждений (клиника проф. Малиновского, ЦНИАГИ) технике переливания крови обучается и средний персонал. Весь врачебный и средний персонал (акушерки, сестры) должен быть также обучен методике и технике сбора и хранения плацентарной крови, не говоря уже, конечно, об определении групповой принадлежности. Такое обучение может быть осуществлено путем систематических занятий, а также направления отдельных работников в крупные родильные учреждения, в которых работа по сбору и переливанию крови хорошо организована, или на специальные курсы. Применение переливаний плацентарной крови может оказать значительное влияние на дальнейшее улучшение качественных показателей родовспоможения.

Велико также оборотное значение сбора и переливания плацентарной крови. Внедрение этого мероприятия в практику родовспомогательных учреждений сравнительно просто и доступно. Все это обязывает отдельных руководителей родильных учреждений и органы здравоохранения на местах как можно шире организовать дело сбора хранения и переливания плацентарной крови.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО СБОРУ И ПЕРЕЛИВАНИЮ ПЛАЦЕНТАРНОЙ КРОВИ

А. С. Теплякова

Из родильного дома № 8 Москва (дир. З. Я. Гендон)

Наш родильный дом начал пользоваться плацентарной кровью для переливания с 1935 г. Методика сбора плацентарной крови была разработана д-ром Новиковой. Эта методика с небольшими изменениями применяется нами и до настоящего времени. Переливание плацентарной крови настолько вошло в обиход родильного дома, что донорской кровью мы пользуемся исключительно редко и только в тех случаях, когда по каким-нибудь техническим причинам нет нужной нам группы плацентарной крови. В настоящее время в литературе предлагается много специальных аппаратов для сбора плацентарной крови (Филатов, Викулов, Канторович, Заболотский и Песочинский и т. д.), но в большинстве случаев эти аппараты требуют сложной посуды, которую не всегда можно достать. При разработке нашей методики мы преследовали две цели: 1) несложность аппаратуры, дающей возможность применять ее в лю-

бых условиях, даже в маленьких родильных домах, и 2) возможность взятия крови одним лицом, без помощников.

Для сбора плацентарной крови мы употребляем банки объемом в 100—150 см³ с притертой пробкой, берущая система которых состоит из стеклянной и резиновой трубок длиной 10—12 см и иглы. Стеклянная трубка опускается в банку, горлышко которой закрывается 4 слоями марли. Свободный конец резиновой трубки завязывается марлей, в банку наливается 5% раствор лимоннокислого натрия в количестве 10 см³, и вся система стерилизуется в автоклаве. Мы применяем иглу типа ветеринарной, диаметром 5 мм¹. Иглами Дюфо мы не рекомендуем пользоваться, так как без отсасывающего прибора взять больше 40 см³ крови этой иглой не удастся. Игла, два пинцета Кохера и ножницы для зажима и перерезки пуповины в автоклаве не стерилизуются, а кипятятся каждый раз перед взятием крови. Необходимость кипячения перед каждым взятием крови исключает возможность брать кровь у двух одновременно рожаящих женщин, и тем самым устраняется опасность неправильной паспортизации пробирок, на возможность которой указывают некоторые авторы (Филатов, Соловьева).

Наша методика сбора плацентарной крови состоит в следующем: после рождения ребенка пуповина зажимается двумя пинцетами Кохера и перерезается ножницами. Пуповина протирается спиртом и иодом. Игла, вынутая из стерилизатора и непосредственно перед родами надетая на резиновую трубку, вкалывается в пупочную вену, и при легком покачивании кровь самотеком стекает в банку. Как только кровь перестает течь струей и начинает падать каплями, взятие крови прекращают. Ни в коем случае нельзя применять массаж пуповины. После взятия банка закрывается притертой пробкой и марлей. Остатки крови из пуповины непосредственно (без иглы) собирают в две пробирки: одна содержит цитрат для определения группы крови и ее совместимости, другая служит для реакции Вассермана.

Количество крови, получаемой из одной пуповины, в среднем составляет около 80 см³ (от 40 до 200 см³). Собранная кровь хранится на леднике, имеющем два отделения: одно—для крови необследованной и другое—для дежурной крови. По получении ответа на реакцию Вассермана проверяется годность крови. Мы проверяем кровь макроскопически, причем кровью, годной для переливания, считаем кровь, в которой нет гемолиза и прорастания, т. е. определяется резкая граница между форменными элементами и плазмой; в плазме желтого цвета не должно быть никаких нитей, может быть только легкое мутное облачко. Бактериологические посевы мы берем только изредка для проверки, причем эта кровь не идет для переливания, так как мы считаем, что в момент взятия на посев кровь загрязняется. Макроскопический метод определения годности крови применяется в нашем родильном доме в течение 6 лет и ни разу не дал нам никаких осложнений, связанных с переливанием нестерильной крови. Мы считаем, что макроскопическое определение годности плацентарной крови играет большую роль в деле распространения взятия плацентарной крови в маленьких родильных домах в районах, так как на практике не всегда имеется возможность широко пользоваться лабораторией.

Процент брака в нашем родильном доме меньше, чем у большинства авторов (по Филиппову и Абрамсону, — 12%; по Гребенщиковой и Шрайбер — 14,4%; по Соловьевой, — 8,9%; по Филатову, — 10%), и в среднем равняется 4,4.

В снижении брака большую роль играет техника взятия крови и строгое соблюдение правил асептики. Это доказывается тем, что у разных

¹ Эти иглы готовятся только кустарным способом; мы рекомендуем для получения их обрезать женский металлический катетер.

медицинских сестер бывает разный процент брака: так, у сестры, работающей несколько лет по сбору плацентарной крови, брак не превышает 1%, в то время как у других сестер, работающих в кабинете постоянно, в отдельные месяцы брак доходил до 25%. Мытье посуды тоже играет большую роль. Мы моем посуду по способу Центрального института переливания крови. Для ускорения процесса мытья посуды мы несколько раз пробовали нарушать эту довольно сложную инструкцию, и всегда это сказывалось на повышении процента брака. Особенное внимание надо обращать на бережное обращение с кровью: всякое встряхивание, излишняя перестановка крови травмируют эритроциты и тем самым способствуют появлению раннего гемолиза.

Использование отсасывающего аппарата при взятии плацентарной крови мы считаем нерациональным, так как, во-первых, это требует обязательного участия второго лица при взятии крови и, во-вторых, не исключена возможность попадания наружного воздуха в банку, что может, с одной стороны, вспенить кровь, а с другой, — внести инфекцию.

Для переливания крови мы употребляем плацентарную кровь из одной, двух и трех банок, пользуясь так называемым сливным способом. Кровь обязательно фильтруется через воронку, в которую вложены четыре слоя марли, смоченной физиологическим раствором.

Если мы сливаем кровь из банок, содержащих меньше 100 см³ крови, то прибавляем к ней во избежание повышенной концентрации лимоннокислого натрия физиологический раствор.

Перед переливанием мы обязательно производим реакцию на совместимость; для этого мы берем из вены больной 5 см³ крови и полученную из нее каплю сыворотки смешиваем с эритроцитами переливаемой крови, причем обязательно с кровью, взятой из каждой банки отдельно, а не со смешанной уже кровью, так как смешанная кровь, содержащая совместимую и несовместимую, не дает такой яркой агглютинации, как одна только несовместимая.

В экстренных случаях реакция на совместимость занимает у нас не более 3—5 минут, так как мы, как правило, при кровотечении вводим больным внутривенно глюкозу и в этот же шприц набираем 5 см³ крови. Таким образом, время центрифугирования крови, необходимое для получения сыворотки, идет на определение группы крови больной и приготовление крови для переливания.

Мы считаем, что даже в самых неотложных случаях можно потратить на эту реакцию 3 минуты, чтобы предупредить возможность неприятных осложнений. Это особенно важно при пользовании плацентарной кровью, так как титр агглютиногенов в последней несколько понижен, вследствие чего агглютинация при определении группы может наступить позже, чем в донорской крови, и тем самым вызвать ошибку.

Мы производим переливание из обычного аппарата ЦИПК; стабилизатором плацентарной крови, как уже говорилось, является 5% раствор *Natrii citrici* в количестве 10 см³ на каждую банку.

Опыт переливания 1935—1936 гг. уже описан в работе д-ра Новиковой и Фарберовой. За последующие 4 года (1937—1940) в нашем родильном доме произведено еще 161 переливание крови, из них 138 — плацентарной и 23 — донорской. 161 переливание было произведено 149 женщинам. По годам переливание распределяется следующим образом (табл. 1).

Наращение количества переливаний по годам зависит не от увеличения количества кровопотерь, а от применения метода профилактики послеродовых заболеваний путем переливания крови. Мы считаем, что в борьбе с кровопотерями даже внутриматочные вхождения являются фактором, менее патогенным для послеродового заболевания, чем кровопотеря сама по себе; поэтому при кровопотере в 1 000 см³ и более

Таблица 1

Год	Количество переливаний крови		
	плацентарной	донорской	всего
1937	24	1	25
1938	14	5	19
1939	41	13	54
1940	59	4	63

Таблица 2

Показания	Количество переливаний крови		
	плацентарной	донорской	всего
Острые кровопотери	66	14	80
Шок	3	5	8
Подострые анемии	19	2	21
Анемии хронические	4	—	4
Профилактические переливания после акушерских операций (влагалищных и брюшноночных)	19	1	20
Анемии беременных	3	—	3
Лечение послеродовых заболеваний	9	—	9
Септические заболевания	12	1	13
Гинекологические заболевания	3	—	3
Итого	138	23	161

мы производим в целях профилактики переливание крови даже при общем относительно удовлетворительном состоянии женщины.

Переливание крови производится из одной, двух и трех банок. Смешивание крови из банок происходит непосредственно перед переливанием. Сливаются одноклассовая кровь, но давность крови может быть различна.

По одной банке кровь переливалась	89 раз
По две банки » »	39 »
По три банки » »	10 »

Обычно переливается кровь 10-дневной давности хранения, хотя в единичных случаях переливалась кровь и 15-дневной давности.

Показания для переливания крови видны из табл. 2.

Количество перелитой крови равнялось от 50 до 250 см³. Во всех случаях переливания крови при острых кровопотерях наблюдалось улучшение общего состояния, но при общем хорошем состоянии не всегда отмечается нарастание процента гемоглобина: гемоглобин нарастает медленно, иногда только через 7—10 дней; в некоторых случаях отмечается даже падение процента гемоглобина. Это зависит от того, что после острых кровопотерь в первые 2 дня количество гемоглобина не является показательным, так как гемоглобин падает до своих истинных цифр только через 2—3 дня.

Во всех случаях наступления шока при переливании плацентарной крови отмечено выведение из состояния шока, несмотря даже на небольшие порции плацентарной крови (80 см³), если только переливание крови не производилось *in extremis*.

Острыми анемиями мы считали такие случаи, где через несколько дней после кровопотери при общем удовлетворительном состоянии женщины обнаруживался низкий процент гемоглобина. В таких случаях мы производили переливание крови профилактически, причем иногда уже при явлениях послеродового заболевания с повышенной температурой. Из 38 случаев переливания крови, произведенных профилактически, в 23 случаях послеродовой период проходил нормально, в 10 случаях наблюдалось одно- и двукратное повышение температуры. В 1 случае, после операции по поводу перфоративного аппендицита в родах с явлением перитонита, последний принял доброкачественное течение в послеродовом периоде и больная выздоровела. В 4 случаях наблюдался местный послеродовой процесс — метрорэндометриит. Ни одного случая общей инфекции не было.

Переливание крови при септических заболеваниях производилось либо в начале заболевания, либо тогда, когда уже процесс стабилизировался. В таких случаях переливание безусловно давало эффект. Особенно эффективен следующий случай.

Больная Ч., история болезни № 4168. Заболевание началось ознобами, температура повысилась до 40°. На 10-й день болезни (19.XII) развились явления перитонита; была произведена лапаротомия. 21.XII произведено переливание плацентарной крови в количестве 75 см³. Больная чувствует облегчение: в тот же день падение температуры, обильный пот, крепкий сон. В последующие дни температура опять поднимается до 40°. Через 5 дней сделано второе переливание крови (75 см³). Отмечено общее бодрое состояние, но температура снова поднимается до 39°. Через 3 дня применено третье переливание 100 см³ плацентарной крови, после чего температура критически падает, и женщина выписывается здоровой на 30-й день после родов.

В септических случаях, когда у больной бывали ознобы, мы обычно старались предупредить время наступления озноба, чтобы реакция после переливания не могла совпасть с ознобом. Мы считаем, что в одном септическом случае, закончившемся смертью, как раз реакция после переливания крови совпала с ознобом.

Больная Г., история болезни № 3368, поступила 20.VIII.1939 с температурой 37,3° без вод с мацерированным плодом. Несмотря на неоднократное стимулирование, роды наступили только 26.VIII. 27.VIII — в крови лейкоцитоз (29 000). 31.VIII сделано переливание 60 см³ плацентарной одногруппной крови; через час после переливания резкий озноб, бессознательное состояние, бред, судороги, нитевидный пульс, температура 41,6°. Смерть через 22 часа после переливания. Кровь проверена — ошибки в определении группы не было. В данном случае переливание было произведено в острый период, что и дало такую тяжелую необратимую реакцию.

Кроме вышеописанного случая, в котором, по нашему мнению, трансфузия была сделана без достаточных показаний, осложнений после переливания плацентарной крови не наблюдалось.

Количество реакций после переливания плацентарной крови равнялось двенадцати на 138 случаев, т. е. 8,6%; из них тяжелая реакция наблюдалась в 1 случае, средняя — в 7 случаях и слабая — в 4 случаях. Количество реакций после переливания донорской крови составляло две на 23 случая, т. е. 8,7%; из них одна реакция была средней тяжести и одна — легкая.

Реакцией на переливание мы считали даже случаи с легкими ознобами при нормальной температуре. Возможно, что в случаях, когда переливание производилось больным, у которых ознобы наблюдались и до трансфузии, эти ознобы зависели от самого заболевания, а не от переливания. Таких случаев у нас было 4, и если их редуцировать, то процент реакции после переливания плацентарной крови будет равен 5,8.

Процент реакций при наших переливаниях все время снижается. Так, в 1937 г. он был равен 12,5, в 1938 г. — 7,1, в 1939 г. — 9,7 и в 1940 г. — 6,7, причем с мая 1940 г. по апрель 1941 г. (49 переливаний) не было ни одной реакции.

Количество перелитых банок крови не влияло на количество реакций. Из 12 случаев, в которых наступила реакция, в 11 случаях было перелито по одной банке и в одном случае — три банки крови. Также не оказывало влияния на наступление реакции переливание совместимой, но не одногруппной крови (I группа). Во всех случаях реакций была перелита одногруппная кровь I (0) группа крови была перелита больным с другими группами крови 24 раза. Плацентарную кровь I (0) группы можно свободно переливать больным с другими группами крови, не опасаясь обратной агглютинации сывороткой переливаемой крови эритроцитов больной, так как в плацентарной крови титр агглютининов сыворотки очень низок, а иногда агглютинины и совсем отсутствуют.

Количество реакций после переливания плацентарной крови колеблется у авторов в широких пределах: одни авторы (Свянский, Перфатский, Звягин, Жвания и Саканделидзе, Соловьева) наблюдали около 50% реакций и даже выше, в то же время Панцевич называет 17,2%, Корж — 19%, Эйбер — 13%, Абрамсон — 10—12% случаев.

Меньшее, чем у большинства русских авторов, количество реакций в нашем родильном доме мы объясняем нашей техникой взятия, хранения и переливания крови. Строгий контроль крови, бережное отношение к крови, обязательная тщательная проверка реакции на совместимость и аккуратное переливание крови снижают процент реакции.

Большой процент реакций у некоторых авторов, возможно, объясняется транспортировкой крови, так как при встряхивании плацентарной крови гемолиз появляется рано, что может повысить процент реакций.

Кроме переливаний, мы употребляем плацентарную кровь подкожно, *per rectum* и *per os*.

Подкожно плацентарная кровь широко применяется в детском отделении, так как не всегда удачно и практически труднее взять для гемотерапии кровь у матери. Плацентарная же кровь дает возможность применять гемотерапию детям профилактически, что, конечно, снижает процент смертности детей.

Per os мы даем кровь по 20,0 вместе с физиологическим раствором или глюкозой и во многих случаях получали повышение процента гемоглобина у детей.

На основании нашего опыта мы считаем, что плацентарная кровь не только заменяет донорскую, но во многих случаях является более эффективной, особенно в случаях шоковых состояний после острых кровопотерь. При переливании даже малых доз плацентарной крови (80—100 см³) больные выходят из шока в тех случаях, когда кровопотеря доходит до 1 000 г. Большой процент реакций, отмечаемых некоторыми авторами, является безусловно результатом погрешности в технике сбора и переливания крови.

Каждый родильный дом должен иметь свой кабинет для сбора плацентарной крови и пользоваться донорской кровью только в исключительных случаях. По нашему опыту каждая сестра при наличии 4 000 родов в год может собрать 3—3½ л крови в каждый месяц, что может обеспечить потребность родильного дома для всех целей гемотерапии.

АППАРАТ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

А. И. Галактионов

Из Сталинградского городского родильного дома (главврач А. И. Галактионов)

Переливание крови за последние годы получило всеобщее признание как мощный лечебный и профилактический метод, с большим успехом применяемый в самых разнообразных областях клинической медицины. Однако технику переливания крови до сих пор нельзя еще признать совершенной.

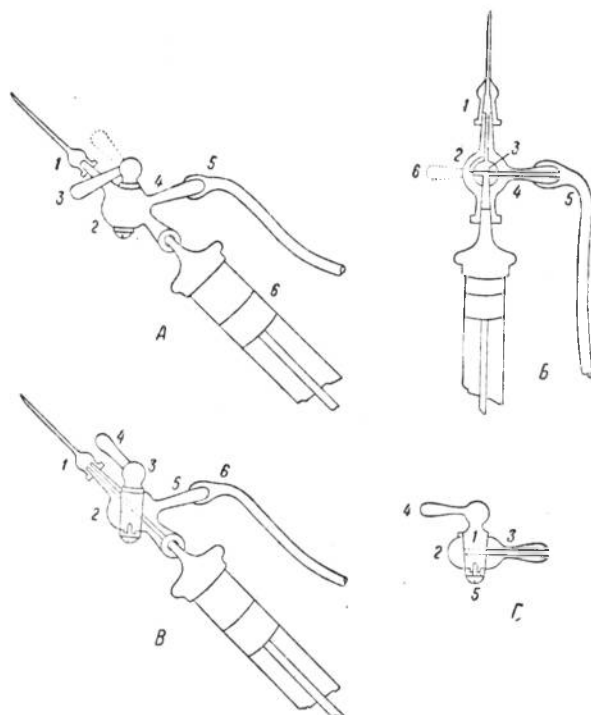


Рис. 1. А. Внешний вид собранного крана: 1 — игла, 2 — кран, 3 — рукоятка при закрытом положении крана 4 — боковой отвод крана, 5 — резиновая трубка, 6 — шприц. Б. Конструкция крана в разрезе: 1 — игла, 2 — корпус крана 3 — пробка крана в разрезе, 4 — боковой отвод с каналом, 5 — резиновая трубка, 6 — положение рукоятки при закрытом кране. В. Конструкция открытого крана: 1 — игла, 2 — корпус крана, 3 — пробка крана, 4 — рукоятка при открытом положении крана, 5 — боковой отвод крана, 6 — резиновая трубка. Г. Конструкция пробки крана: 1 — пробка крана, 2 — корпус крана, 3 — боковой отвод крана для резиновой трубки, 4 — рукоятка крана, 5 — укрепляющий винт пробки

Среди многочисленных аппаратов, предложенных для переливания крови, стандартная банка ЦИПК до последнего времени является самым распространенным аппаратом для переливания крови. Стандартная аппаратура удовлетворяет основным требованиям, которые предъявляются к современным аппаратам, но вместе с тем она имеет и существенные недостатки, нередко осложняющие операцию переливания крови. Длинные стеклянные трубки банки ЦИПК чрезвычайно ломки, каучуковая пробка не всегда работает исправно. Теряя свою эластичность, пробка при опрокидывании аппарата дает течь, а иногда при пользовании аппаратом Ричардсона, высасывается. Кровь, подогретая в стандартной

банке к моменту переливания, во время переливания охлаждается, отчего повышается количество реакции после переливания.

С другой стороны, известно, что вся трудность в переливании крови нередко заключается в затруднениях при введении толстой иглы Дюфо, которой снабжен аппарат, в слабо выраженную или спавшуюся от острой кровопотери вену. В связи с этим обстоятельством, пользуясь стандартной аппаратурой, сделать трансфузию крови далеко не всегда возможно только потому, что не удастся пунктировать вену локтевого сгиба. В этих случаях приходится прибегать к отсепаровке вены, а обнажение ее, с одной стороны, осложняет операцию переливания крови,

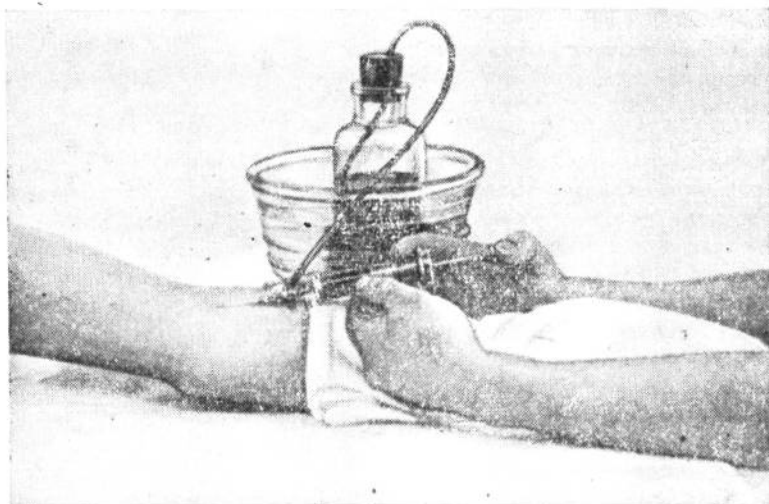


Рис. 2. Аппарат во время переливания крови

с другой, — и это самое важное — травмирует вену, затрудняя пользование ею при повторных переливаниях.

С целью облегчить технику переливания крови нами сконструирован аппарат, позволяющий довольно быстро выполнить переливание любых количеств крови без каких-либо технических осложнений, пользуясь для пункции вены тонкой иглой от рекордовского шприца.

Основная деталь нашего аппарата состоит из специального крана, обладающего двойным током жидкости, соединенного одним концом с рекордовским шприцем емкостью в 10—20 г, а другим — с обычной иглой к нему. Вся эта система в свою очередь соединяется тонкой резиновой трубкой длиной в 35—40 см с банкой консервированной крови, через отвод, приспособленный с боковой стороны у крана.

На рис. 1 схематически изображен аппарат в собранном виде, конструкция крана в разрезе и направление тока крови при открытом и закрытом кране.

Способ употребления аппарата таков: после предварительного обеззараживания кипячением отдельных частей системы в разобранном виде, детали аппарата соединяются и промываются стерильным 5% раствором лимоннокислого натрия, при этом часть растворов (1—2 г) оставляется в шприце и просветах всей системы. После этого резиновая трубочка погружается через отверстие резиновой пробки в банку с профильтрованной и подогретой консервированной кровью, а банка в свою очередь, как это видно на рис. 2, помещается для поддержания постоянства температуры крови в тазик с подогретой до температуры 38—40° водой.

При открытом кране в вену реципиента вводится игла, и как только игла попадает в просвет вены, раствор лимоннокислого натрия в шприце окрашивается кровью, поступившей через систему в шприц. Вслед за этим, фиксируя систему аппарата левой рукой, правой закрывают кран, для чего рукоятку крана переводят влево (рис. 1, А). Потягиванием поршня в обратном направлении кровь набирают из банки в шприц (рис. 1, Б), а затем кран открывают (при этом рукоятка крана устанавливается параллельно игле, рис. 1, В), и давлением поршня кровь постепенно вводится в вену реципиента. В дальнейшем, не разъединяя системы, продолжают переливание крови путем перекачивания ее шприцем из банки.

Если во время переливания в шприц из банки вместе с кровью попадет воздух, то следует разъединить систему, и, сняв шприц, не извлекая иглы из вены, давлением поршня удалить воздух, после чего, соединив систему, продолжать переливание.

Принятая техника переливания крови позволяет нам неоднократно использовать одну и ту же вену без особой ее травматизации, что чрезвычайно важно при лечении послеродовых заболеваний, где требуются повторные введения малых доз плацентарной крови.

Аппарат наш прост по конструкции, портативен, хорошо и легко моется, не требует специальных затрат и не имеет частей, изготовленных из дефицитных материалов. Поэтому мы считали бы возможным рекомендовать его для более широкого употребления.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ¹

Канд. мед. наук Г. А. Гутман

Из Чувашского института ОММ (дир. Н. Н. Николаев) г. Чебоксары

Не приходится доказывать, что число мертворождений является одним из весьма существенных показателей качества работы родовспомогательного учреждения, а также профилактической деятельности женских консультаций. Поэтому мы полагаем, что необходимо систематически изучать случаи мертворождаемости для того, чтобы иметь возможность наметить пути к их снижению.

Для этой цели мы решили разобрать наши случаи мертворождений не путем анализа патологоанатомических изменений у погибших плодов, что проведено целым рядом авторов (Л. Н. Адамович и Р. Н. Мительман, П. В. Беликова и Е. А. Маневич, А. Н. Морозова, В. А. Гок-Смрчек и З. П. Ковтун, П. А. Бойко, И. И. Фейгель, Е. Петтер, Руш), а попытаться выяснить, в какой степени методы ведения родов и организационные моменты родовспоможения были причиной или способствовали рождению мертвых плодов.

Этот анализ не может быть ограничен только сравнением данных того или иного учреждения с выводами других авторов. Результаты нашей работы сплошь и рядом зависят от материала, с которым приходится иметь дело, а также и от квалификации медицинского персонала. Только глубокий анализ материала освободит нас от неправильной ориентации на «средние цифры» и даст возможность наметить пути к улучшению работы, что подтверждается и нашими данными.

¹ Доложено на расширенной научной конференции Института ОММ 14.VIII.1940 и на заседании Акушерско-гинекологического общества Казани 27.XI.1940.

На 2 255 родов за 1939 и за первую половину 1940 гг. мы имели всего 81 случай родов мертвыми плодами. Сравнительно с другими авторами наш процент мертворождений (3,6%) довольно высок. Однако более конкретный анализ нашего материала, как увидим дальше, дал нам возможность выявить некоторые «субъективные» моменты, его определяющие, и наметить пути профилактики осложнений, вызывающих дородовую и родовую смерть плода.

Мы разбили наш материал на две группы, и анализ производили по каждой группе в отдельности. К первой группе отнесены все те случаи, когда сердцебиение плода не выслушивалось уже при поступлении роженицы; во вторую группу вошли случаи поступления в родильное отделение рожениц, у которых сердцебиение плода выслушивалось хорошо.

В первую группу вошло 38 случаев (47% всех мертворождений), из них 16 случаев дородовой смерти плода и 22 случая смерти плода во время родов. 16 случаев дородовой смерти плода относятся к мацерированным плодам; из них в 6 случаях (7,4% всех мертворождений) наиболее вероятной причиной внутриутробной смерти плода и его последующей мацерации мы можем считать сифилис матери, несмотря на отрицательные реакции Вассермана, Кана и цитохолевую.

На такое заключение дают нам право, во-первых, данные анамнеза, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды и, во-вторых, некоторые объективные данные (большой вес и обильность плаценты (В. Архангельская, М. Райтц, Л. Эрлих). Перед женскими консультациями лежит ответственная задача — борьба с врожденным сифилисом путем выявления и лечения его в тесном контакте с венерологами. Однако выполнение этой задачи нами не мыслится без участия родовспомогательных учреждений: тщательно собранный акушерский анамнез, исследование детского места, серологическое исследование пуповинной крови, вскрытие всех мертворожденных плодов, рентгеноскопия длинных костей плода и т. п. во многих случаях будут способствовать выявлению подозрительных случаев сифилиса.

Из 22 случаев смерти плода в 6 случаях (7,4% всех мертворождений) женщины поступили с поперечным положением плода, в 4 случаях из них с запущенным поперечным положением. Все эти случаи относятся к женщинам, прибывшим к нам в родах из районов и ни разу не посетивших женскую консультацию. К этим последним случаям нужно добавить 4 случая длительных родов (свыше 36 часов) у рожениц, поступивших также из районов в период врезывания головки. Вряд ли можно сомневаться в том, что своевременная госпитализация и квалифицированная помощь спасли бы жизнь плодов в этих случаях. Своевременная же госпитализация патологических случаев беременности всецело зависит от охвата консультацией патронажем беременных женщин.

Вот почему мы не можем согласиться с мнением некоторых авторов (А. Н. Морозова), что случаи первой группы не лежат на ответственности акушеров и что причины их необходимо искать вне родовспомогательного учреждения. Такая постановка вопроса принципиально неправильна, так как предупреждение подобных случаев должно идти за счет усиления заботы о беременных в женских консультациях. Только совместной работой женских консультаций и родовспомогательных учреждений создается единый фронт как по выявлению подозрительных на сифилис женщин, так и по своевременной госпитализации случаев патологической беременности.

Прежде чем перейти к анализу второй группы, приведу два примера мертворождений, которые можно было предупредить при правильном ведении родов.

Гражданка Л. поступила в Институт ОММ с родившимся телом плода до головки. Сердцебиение плода не выслушивается, пульсации сосудов пуповины нет. В районной больнице роженица Л. пробыла целую

ночь, но врач больницы ручного пособия не оказал, а направил ее в институт с ущемившейся последующей головкой.

Гражданка К. была направлена в институт из районной больницы с диагнозом «поперечное положение плода». По дороге отошли воды, и при головном предлежании выпала пуповина. При поступлении в институт оказалось, что плод мертвый, головка врезывается.

Это пример, над которым должны задуматься сторонники «незрячего» проведения родов. Надо полагать, что только при помощи внутреннего исследования врач районной больницы мог бы определить не только действительное положение плода, но и обнаружить предлежание пуповины. Для родовспомогательного учреждения весьма большое значение имеет разбор тех случаев родов мертворожденным плодом, когда роженица поступила при живом плоде.

На нашем материале эта группа охватывает 43 родов (53% всех мертворождений). В их число вошло 4 родов уродами и 8 случаев перфорации головки на живом плоде при явлениях: а) угрожающего разрыва матки (6 случаев) и б) после неудавшейся попытки наложения щипцов при неправильном вставлении головки (2 случая). Необходимо добавить, что клинически явления несоответствия между головкой и размерами плода в указанных случаях были установлены уже тогда, когда налицо были противопоказания к производству кесарского сечения. В эту же группу входят 6 случаев родов с внутриутробной асфиксией плода, наступившей при неподготовленных к извлечению плода родовых путях; причиной асфиксии было тугое обвитие плода пуповиной.

Если исключить эти 18 случаев, в которых предотвращение мертворождений было, повидимому, невозможно, то общее количество мертворождений составит 25 случаев, или 20,3% всего числа мертворождений. В это число входят 10 оперативных родов, из них 3 случая мертворождений после ручного пособия при ягодичном предлежании. Хотя на нашем весьма небольшом материале тазовых предлежаний (всего 29 случаев) нельзя выводить процента, все же мы полагаем, что необходимо обратить внимание на выработку навыков у медицинского персонала по оказанию ручного пособия при тазовых предлежаниях.

Из 8 случаев экстракций плода после поворота на ножку отмечены 4 мертворождения. Во всех этих случаях экстракция после поворота была применена ввиду появления признаков внутриутробной асфиксии плода. В 1 случае ребенок не был оживлен при преждевременной отслойке детского места (произведен поворот с экстракцией плода), в 1 случае — при центральном предлежании детского места (кесарское сечение), еще в 1 случае — при краевом предлежании детского места с выпадением пуповины (поворот по Бракстон-Гиксу) и в 5 случаях не удалось выяснить причины смерти плода из-за отсутствия точных записей.

Разбирая истории остальных 10 родов, мы отмечаем, что несмотря на то, что во всех случаях асфиксия плода началась тогда, когда головка находилась еще в полости таза или в выходе из таза, все же меры к ускорению извлечения плода применены не были. Как пример приведем только несколько случаев, так как все 10 случаев однотипны.

Гражданка Т. (история родов № 1013, 1939 г.), многоплодная. Через 4 часа после начала потужной деятельности появились признаки асфиксии плода, головка врезывается, и через 20 минут плод родился в белой асфиксии (шея плода туго обвита пуповиной); ребенок не оживлен.

Гражданка А. (история родов № 1769, 1939 г.) первородящая. В момент врезывания головки сердцебиение плода глухое, ребенок родился в белой асфиксии, не оживлен.

Само собой понятно, что во многих случаях во время родов почти невозможно установить причину начинающейся асфиксии плода и наши мероприятия должны заключаться в это время в ускорении родов. Это

выполнимо, если признаки асфиксии появились в момент врезывания или прорезывания головки, путем укорочения периода сгибания головки, выжимания плода по Кристеллеру, путем перинеотомии, эпизиотомии или наложения щипцов.

Таким образом, мы видим, что причину мертворождаемости второй группы надо искать в наших мероприятиях в родильной палате. Мы не являемся сторонниками взглядов проф. Буйко, изложенных им на II Украинском съезде акушеров-гинекологов, рекомендовавшего в целях снижения процентов мертворождений все роды проводить без поддержания промежности. Мы считаем, что подобное поведение акушера уместно только тогда, когда появляются признаки асфиксии плода, так как ускорение родов прекращает вредное воздействие родовой травмы на дыхательный центр плода. Если же считать причиной асфиксии плода другие моменты (внутриутробная интоксикация, попадание слизи в дыхательные пути), то и в этих случаях ускорением родов мы можем предупредить паралич дыхательного центра плода. Само собой понятно, что только систематическим и частым выслушиванием сердцебиения плода можно своевременно установить начало асфиксии плода по замедлению сердцебиения плода и тем или иным способом принять меры к ускорению родов. Конечно, нельзя гарантировать, что в подобных случаях всегда удастся перинеотомией предупредить мертворождение, но необходимо помнить, что стремление сохранить целостность промежности может иногда стоить жизни плоду.

Приведем два примера, которые подтверждают эффективность перинеотомии в борьбе с мертворождением.

Гражданка Б. (история родов № 229, 1940 г.) первородящая, роды затяжные (46 часов). Во время врезывания головки сердцебиение плода выслушивалось дежурным врачом каждые 5 минут; выявлены признаки начинающейся асфиксии плода (сердцебиение плода 95 ударов в минуту). Была сделана перинеотомия, и через 3 минуты родился плод в синей асфиксии (пуповина обвита 2 раза вокруг шеи); ребенок оживлен.

Гражданка К. (лист рождения № 757, 1940 г) первородящая. Головное предлежание, осложненное выпадением пуповины (при поступлении головка в узкой части полости таза); была сделана перинеотомия, и плод родился в синей асфиксии; оживлен.

Не приходится сомневаться, что в этих двух случаях мы получили живых детей только благодаря «активному наблюдению» за периодом изгнания плода и ускорению последнего путем перинеотомии.

Что перинеотомия безопасна для матери, это доказал своими наблюдениями еще проф. Д. Отт, широко применявший перинеотомию при родах как профилактическое мероприятие против опущений и выпадений половых органов.

С. А. Фрейман, проводивший роды без защиты промежности, не получил увеличения случаев послеродовых повышений температуры, несмотря на некоторое увеличение разрывов промежности. Наш материал в 23 случая перинеотомии, произведенной по разным показаниям, показывает, что в 20 случаях (87%) послеродовой период протекал нормально, рана промежности зажила первичным натяжением и в 3 случаях (1 эклампсия и 2 затяжных родов) больные выписались в удовлетворительном состоянии на 18—19-й день. Послеродовой период осложнился *ulcera puerperalia*.

Таким образом, видно, что причины внутриутробной смерти плода зависят как от организационных моментов родовспоможения, так и от нашего поведения в родильном зале, а поэтому должны быть намечены следующие мероприятия, направленные к снижению процента мертворождений:

а) активизация работы женских консультаций, особенно в районах, а именно: борьба с врожденным сифилисом путем выявления и лечения

не только явных и скрытых форм, но и подозрительных в отношении сифилиса случаев; активный патронаж беременных и выявление патологии беременных (узкие тазы, токсикозы, неправильные положения плода и т. п.);

б) родильные отделения в свою очередь тоже должны тщательно выявлять по анамнезу и объективным данным подозрительных на сифилис матерей и иметь в этом отношении тесную связь с женскими консультациями и вендиспансерами;

в) период изгнания плода должен проводиться при тщательном наблюдении за сердцебиением плода, и при явлениях наступающей асфиксии плода, при головке, стоящей в полости таза, необходимо ускорение родоразрешения (перинеотомия, укорочение периода сгибания головки плода, применение щипцов и т. п.); необходимо отказаться от пассивного наблюдения за родами и перейти на активный метод, тщательно следя за родовой деятельностью и сердцебиением плода;

г) снижение мертворождаемости, как и улучшение всей работы родовспомогательных учреждений, невозможно без проведения мероприятий, направленных к повышению квалификации медицинского персонала районов (врачей и акушеров);

д) периодический анализ мертворождений способствует принятию мер к снижению процента мертворождаемости, а следовательно, и к повышению качества работы родовспомогательных учреждений.

ОФИЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

П Р И К А З

По НАРОДНОМУ КОМИССАРИАТУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЮЗА ССР

№ 222 от 24.V.1941

Проверка, произведенная Наркомздравом СССР, показала совершенно неудовлетворительную организацию дела лечебно-профилактической помощи детям в ряде краев и областей (Архангельская, Кировская, Вологодская, Ворошиловградская и др.). Одной из основных причин плохой работы органов здравоохранения в этой области является неправильное использование и размещение кадров детских врачей и отсутствие руководства наркомздравом союзных республик подбором и выдвижением руководящих работников по лечебно-профилактической помощи детям.

В результате такой работы к концу 1941 г. при наличии в стране 19 000 детских врачей 850 сельских районных центров еще не будут иметь ни одного детского врача.

Совершенно недопустимо обстоит дело также с обеспечением детскими врачами рабочих поселков. В 260 рабочих поселках по 15 областям одной лишь РСФСР нет ни одного детского врача.

До 70% всех детских врачей сконцентрировано в республиканских и областных центрах. В то же время значительная часть сельских районов не имеет ни одного детского врача. Так, например, в Киеве насчитывается 619 детских врачей, в Харькове — 560, в Ростове — 256, в Горьком — 415, в Саратове — 186. В то же время в Киевской области нет ни одного детского врача в 9 районных центрах, в Харьковской — в 4, в Ростовской — в 36 районных центрах и 6 рабочих поселках, в Горьковской — в 20 районных центрах и 17 рабочих поселках, в Саратовской — в 19 районных центрах. Даже в Московской области нет ни одного педиатра в 9 районных центрах.

Наркомздравы союзных республик, заведующие краевыми и областными отделами здравоохранения очень плохо используют общую медицинскую сеть для обслуживания детского населения, забывая о том, что снижение детской заболеваемости является важнейшей задачей всех органов здравоохранения и всех медицинских работников.

Вместе с тем руководящие работники здравоохранения забыли, что врачи-педиатры являются не только лечащими врачами, но и организаторами дела лечебно-профилактической помощи детям и что основной и ведущей формой организации обслуживания детского населения является детская консультация.

Кадры детских врачей распыляются, в результате чего в консультациях работает меньше трети общего числа детских врачей. Детские врачи используются часто неправильно, обслуживая только небольшие детские сады и школы, в то же время

большинство детского населения участка или района остается без обслуживания, а в некоторых местах педиатры используются не по специальности (Ярославль, Куйбышев).

Несмотря на то, что наркомздравы союзных республик имеют полную возможность обеспечить квалифицированное руководство делом лечебно-профилактической помощи детям на местах, это дело находится в преступно запущенном состоянии. Даже в Московской области в подавляющем большинстве райздравотделов работой по лечебно-профилактической помощи детям руководят не врачи, а зачастую лица без всякого медицинского образования. Эти лица не могут обеспечить должного руководства работой детских учреждений и всей работой лечебно-профилактической помощи детям. В ряде облздравотделов и крупных горздравотделов делом лечебно-профилактической помощи детям часто руководят лица без высшего медицинского образования. В Харькове дело лечебно-профилактической помощи детям возглавляет не врач, который руководит работой 560 педиатров этого крупнейшего центра. В Днепропетровском и Одесском облздравотделах инспекторами по лечебно-профилактической помощи детям являются лица с незаконченным средним образованием, а в г. Николаеве — лицо с низшим образованием.

Такое положение создалось в результате того, что народные комиссары здравоохранения союзных республик и заведующие краевыми и областными отделами здравоохранения до сего времени не поняли всей политической важности задачи организации наилучшего обслуживания детского населения нашей страны.

Несмотря на то, что правительство отпускает огромные средства на организацию этого дела, работу по лечебно-профилактическому обслуживанию детей нельзя признать удовлетворительной.

В целях решительного улучшения обслуживания детского населения лечебно-профилактической помощью и коренной перестройки руководства этим делом приказываю:

1. Установить, что основной формой организации обслуживания лечебно-профилактической помощью детского населения является «детская консультация».

2. Возложить руководство работой всех детских лечебно-профилактических учреждений района, а также руководство работой по лечебно-профилактической помощи детям, проводимой сельскими врачебными участками и фельдшерско-акушерскими пунктами на врача, заведующего консультацией районного центра.

В соответствии с этим присвоить врачу, заведующему этой консультацией, наименование «детский врач района», а самой консультации — наименование «районная консультация».

3. В небольших городах и рабочих поселках при наличии нескольких детских врачей возложить на одного из них, помимо лечебной работы, руководство всей работой по лечебно-профилактической помощи детям в данном населенном пункте, присвоив этому врачу наименование «детский врач города» или «детский врач рабочего поселка».

4. Наркомздравам союзных республик, краевым и областным отделам здравоохранения принять меры к дальнейшему укреплению и развитию детских поликлиник.

5. Установить, что руководство делом лечебно-профилактической помощи детям в наркомздравах союзных и автономных республик, краевых, областных отделах здравоохранения впредь должно быть возложено на лиц с высшим медицинским образованием, в основном, на детских врачей.

6. Обязать народных комиссаров здравоохранения союзных республик произвести замену находящихся на этой работе лиц, не имеющих высшего медицинского образования, врачами, знакомыми с делом организации здравоохранения и имеющими опыт работы в детских учреждениях.

7. Ввести должности районных и городских детских врачей в номенклатуру краевых и областных здравотделов с тем, чтобы врачи, назначаемые на эти должности, утверждались заведующими краевыми и областными отделами здравоохранения.

8. Ввести должности руководителей лечебно-профилактической помощи детям в наркомздравах автономных республик, краевых и областных здравотделов в номенклатуру наркомздравов союзных республик с тем, чтобы врачи, назначаемые на эти должности, утверждались народным комиссаром здравоохранения союзной республики.

9. Обязать народных комиссаров здравоохранения УССР, Азербайджанской ССР, Грузинской ССР и Армянской ССР к 1.X.1941 укомплектовать детскими врачами все должности педиатров в консультациях, обеспечить наличие детских врачей во всех районных центрах и рабочих поселках с населением 7 000 человек и выше и произвести утверждение всех детских врачей районов и рабочих поселков.

10. Народному комиссару здравоохранения РСФСР тов. Третьякову к 1.X.1941 укомплектовать детскими врачами все должности педиатров в консультациях, обеспечить наличие детского врача в каждом районном центре и рабочем поселке с населением 7 000 человек и выше и произвести утверждение городских и районных детских врачей по Краснодарскому, Орджоникидзевскому краям, Ленинградской, Ивановской, Московской, Мурманской, Свердловской, Челябинской областям, Бурято-Монгольской, Калмыцкой, Кабардино-Балкарской, Крымской, Марийской, Ненецко-Поволжья, Северо-Осетинской, Татарской АССР. По всем прочим краям, областям и

автономным республикам, а также по БССР, Туркменской, Узбекской, Карело-Финской и Молдавской ССР обеспечить проведение этих мероприятий к 1.I.1942.

Для укомплектования детских врачами районных центров и рабочих поселков использовать незамещенные врачебные должности по другим специальностям и согласовать в случае необходимости этот вопрос с совнаркомом союзных и автономных республик, исполкомами областных и районных советов депутатов трудящихся, организовав в дальнейшем в этих районах консультации.

11. По Таджикской, Казахской и Киргизской ССР, по Алтайскому, Красноярскому и Хабаровскому краям, Новосибирской, Омской, Орловской, Сталинградской, Ярославской областям, Дагестанской, Чечено-Ингушской, Якутской АССР предусмотреть полное укомплектование врачами-педиатрами районных центров по прибытии врачей выпуска 1942 г.

12. Обязать народных комиссаров здравоохранения союзных республик привлекать к строжайшей ответственности заведующих краевыми, областными и городскими здравоохранениями, допускающих освобождение врача от работы в консультации без немедленной замены его другим врачом.

13. Указанное укрепление детскими врачами сельских районных центров и рабочих поселков обеспечить путем проведения следующих мероприятий:

а) направления врачей-педиатров из более насыщенных педиатрическими кадрами городов в сельские районные центры и рабочие поселки на временную работу на год до замены их врачами-педиатрами из выпуска 1942 г., с сохранением прежнего места работы;

б) направления в сельские районные центры и рабочие поселки на педиатрическую работу врачей выпуска 1941 г.; при этом разрешить краевым и областным здравоохранениям в соответствии с настоящим приказом производить изменение назначений врачам выпуска 1941 г., направленным на педиатрическую работу в эти края и области;

в) использования на педиатрической работе врачей-терапевтов, городских и сельских, преимущественно из числа лиц, имеющих практический опыт работы в детских учреждениях;

г) возвращения до 1.VIII.1941 на педиатрическую работу всех работающих не по назначению врачей выпусков педиатрических факультетов и направленных на педиатрическую работу врачей выпусков лечебных факультетов с 1938 г.;

д) перераспределения детских врачей, работающих в небольших яслях, детских садах, школах на главные руководящие участки работы (консультации, детские врачи районов).

14. При проведении мероприятий по укреплению врачами-педиатрами сельских районных центров укомплектовывать педиатрами в первую очередь те районные центры, где имеет место более высокий уровень детской заболеваемости.

15. Утвердить план усовершенствования и специализации врачей по педиатрии в 1941 г. в количестве 1000 человек, направляя в первую очередь на специализацию врачей-терапевтов.

16. Обязать педиатрические институты и институты охраны материнства и младенчества помогать органам здравоохранения, оказывая конкретную помощь районным детским врачам в практической работе по снижению детской заболеваемости, сделав это основной задачей институтов.

17. Заведующим краевыми и областными отделами здравоохранения привлечь общества детских врачей к разработке практических мероприятий по улучшению обслуживания детского населения края, области.

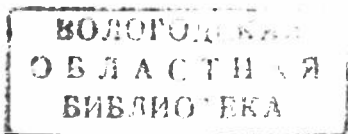
18. Редакциям журналов «Педиатрия», «Вопросы материнства и младенчества» и «Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства» в центре своей работы поставить удовлетворение запросов районного врача-педиатра, систематически помещая руководящий материал о работе районного детского врача и пропагандируя лучшие образцы практической работы детских учреждений и районных детских врачей.

Редакции газеты «Медицинский работник» (тов. Лобовой) систематически освещать вопросы обслуживания детства на страницах газеты.

19. Народным комиссарам здравоохранения союзных республик разработать мероприятия по выполнению настоящего приказа, обсудить на заседаниях коллегии и взять их выполнение под свой личный контроль.

О ходе выполнения этого приказа докладывать мне 1 и 15-го числа каждого месяца.

20. Заместителю народного комиссара здравоохранения СССР тов. Казанцевой организовать систематический контроль за ходом выполнения этого приказа.



Отв. редактор Ф. И. Зборовская

Год издания 16-й Тираж 9710 экз. Подписано к печ. 25.VII. 1941 г. Зак. 1189.
Л138628. 3 печ. лист. 5 авт. лист. 64 000 знаков в 1 п.л. Цена 2р. 50 к.

Типография «Известий Советов депутатов трудящихся СССР», Москва.

ОПЕЧАТКА

В № 1 журнала «Вопросы материнства и младенчества» ст. проф. Циммер И. В. «По поводу статьи проф. Шабановой-Миллер «Жиры в питании ребенка», стр. 16, строка 6 снизу напечатано: «приводит к улучшению ретенции азота», следует читать — «приводит к ухудшению ретенции азота».