

Вопросы  
МАТЕРИНСТВА  
*и*  
МЛАДЕНИЧЕСТВА

9-10

НАРКОМЗДРАВ СССР • МЕДГИЗ

МОСКВА • 1941

## СОДЕРЖАНИЕ

Аршавский И. А. Об индивидуальной противохимической защите детей раннего возраста . . . . .	1
Гинодман Д. М. Организация родовспоможения в условиях военного времени . . . . .	5
Доброхотова А. И. Борьба с детскими инфекциями в условиях военного времени . . . . .	9
Кваша В. Роль патронажных сестер в пропаганде профилактических мероприятий по снижению инфекционных заболеваний среди детей в условиях военного времени . . . . .	12
Альтгаузен Н. Ф. Организация жизни новорожденных детей в убежище родильного дома . . . . .	13
Лепский Е. М. Витамины в детском питании . . . . .	14
Как обеспечить детские учреждения витаминно-полноценным питанием . . . . .	18
Федяевская В. М. Питание детей в американских яслях . . . . .	21
Клячко М. М. Права и льготы семьям военнослужащих рядового и младшего начальствующего состава в военное время . . . . .	23
Салистовская Э. Б. Массаж и гимнастика как метод борьбы с дистрофией в яслях Московской области . . . . .	26
Яблокова М. Л. Материалы по организации серопрофилактики крови в яслях . . . . .	31
Перчихина Е. Опыт лечения малыми дозами сульфидина детей при пневмониях . . . . .	36
Ефимова А. Н. Борьба с женской гонорреей в консультациях для женщин	38
 ОФИЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ	
Инструктивное письмо наркомздравам союзных республик и АССР, Облздрав-отделам . . . . .	42
Приказ по НКЗдраву СССР № 369 от 28.VII.1941 . . . . .	43
Циркулярное письмо о расширении ясельной сети в совхозах . . . . .	43
Циркулярное письмо наркомам земледелия республик о ясельной сети в колхозах . . . . .	44
Инструкция по уходу за глазами новорожденных в родильных домах . . . . .	45
Временное положение о детском враче сельского района (к приказу НКЗдрава СССР № 222 от 24.V.1941 г.) . . . . .	47
Рецензия . . . . .	48

Отв. редактор Ф. И. Зборовская

Год издания 16-й. Тираж 9000 экз. Подписано к печ. 26/I 1942 г. Зак. 3248  
Л7962. 3 печ. л. 4,5 авт. лист. 64 000 знаков в 1 печ. л.

Типография «Красное знамя», Москва. Сущевская, 21.

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ  
Обл. Библиотека

# ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА

Ответственный редактор Ф. И. ЗБОРОВСКАЯ  
Ответственный секретарь Э. М. Кравец

1941

Орган НКЗдрава СССР

№ 9—10

## ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОТИВОХИМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Проф. И. А. Аршавский (Москва)

Из лаборатории экспериментальной возрастной физиологии и патологии ВИП (зав. — проф. И. А. Аршавский) и Центрального педиатрического института Наркомздрава РСФСР (дир. М. А. Виннер)

Средствами противохимической защиты для детей в возрасте до 3 лет служат специальные противогазы — мешок-конверт и мешок-палатка. Эта конструкция предусматривает включение в герметизированную среду всего ребенка. Противогаз для детей до 3 лет является по существу индивидуальной противогазовой камерой. Камера эта исключает возможность какого бы то ни было контакта ОВ со слизистыми оболочками и кожными покровами ребенка. Емкость конверта немногим превосходит объем тела всего ребенка; емкость палатки — около 3 м<sup>3</sup>. Конверт может быть использован только для детей грудного возраста до 1 года; палатка является средством противохимической защиты детей до 3 лет. С помощью специальной лямки конверт должен быть фиксирован все время к матери. Палатка помещается и фиксируется либо в детской кроватке, либо в детской коляске. Как в конверте, так и в палатке можно наблюдать за ребенком через смотровое окно из целлона. Конверт может быть использован только лишь при условии постоянной подачи воздуха извне через противогазовую коробку с помощью меха. Возможность вентиляции предусмотрена и для палатки, однако в специальных случаях палатка может быть использована как средство противохимической обороны и без специальной подачи воздуха извне.

Коллективное средство защиты детей от ОВ — газоубежище — точно так же является герметизированным пространством.

Стало быть, во всех случаях, когда речь идет о средствах противохимической обороны детей раннего возраста, индивидуальных или коллективных, прежде всего возникает вопрос об организации такой среды, которая предусматривала бы определенные нормы газового (содержание кислорода и угольной кислоты во вдыхаемом воздухе) и температурно-влажностного режима. Если в отношении взрослого организма эти нормы являются более или менее достаточно разработанными, то по отношению к детям раннего возраста вопрос этот остается пока стоящим. Здесь прежде всего необходимо установить, каков предел выносливости, порог чувствительности или степень устойчивости детей раннего возраста по сравнению со взрослым организмом к таким влияниям, как уменьшение содержания кислорода во вдыхаемом воздухе, избыток угольной кислоты, повышение температуры и влажности. Особенно острым является вопрос о влиянии пониженного содержания

кислорода, вызывающего в организме состояние кислородного голодания — аноксемию.

Какова степень устойчивости к аноксемии детей раннего возраста по сравнению со взрослыми?

Для решения этих вопросов были предприняты специальные всесторонние исследования на животных различных возрастов и на детях раннего возраста (Л. Красновская, В. Маятникова, Н. Скитина, Н. Пронина, О. Равикович, Н. Озерецковская, С. М. Штамлер). Эти исследования, насчитывающие многие сотни опытов, могут быть использованы в качестве опытных данных для обоснования противохимической обороны детей раннего возраста. Этими исследованиями установлено, что дети раннего возраста гораздо чувствительнее и менее устойчивы к таким влияниям, как недостаточное содержание кислорода, избыточная концентрация углекислоты, повышение температуры и влажности. Организм ребенка раннего возраста особенно чувствителен к кислородному голоданию, вызывающему состояние аноксемии. Этот факт, свидетельствующий о более низком пределе выносливости у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми, и следует прежде всего принимать во внимание при организации противохимической защиты детей. Взрослый, здоровый человек может переносить в течение длительного времени довольно низкое содержание кислорода, доходящее в некоторых случаях до 6 и 5% при подъеме на высоту до 9 км. Это достигается специальными приспособительными реакциями и со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также увеличением количества эритроцитов, т. е. увеличением кислородной емкости крови. Эта способность приспособления отсутствует у детей раннего возраста и возникает лишь постепенно, по мере включения в функцию специальных иннервационных механизмов.

Кислородное голодание вызывает рефлекторное изменение сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Рефлекс этот возникает вследствие раздражения обедненной кислородом крови, чувствительных окончаний сино-каротидной и сердечно-аортальной зон, которые, как известно, рефлекторно регулируют кровообращение и дыхание. Типичная функция, принадлежащая сино-каротидным и сердечно-аортальным нервам, имеющаяся у взрослого организма, отсутствует в раннем возрасте. Полнота функции этих нервов у детей первого года жизни отсутствует. Вот почему дети раннего возраста более чувствительны и менее устойчивы не только к аноксемии, но и ко всем перечисленным выше влияниям. Если для взрослого организма крайний предел содержания кислорода во внешней среде может быть равным 8—6%, то для детей раннего возраста он равен 13—12—11%. Принято считать, что в убежище для взрослых содержание кислорода не должно падать ниже 18%, а содержание углекислоты не должно превышать 2%. Это те цифры, за пределами которых наступают дискомфортные гигиенические условия. Эти нормы не могут, однако, считаться голодными нормами. Их свободно могут переносить здоровые взрослые. При организации противохимической обороны детей раннего возраста мы должны прежде всего иметь в виду голодные нормы, так как независимо от того, пользуемся ли мы индивидуальными или коллективными средствами, во всех случаях речь идет о пребывании ребенка в герметизированном пространстве. Взрослый человек, находясь в противогазе, может выйти на свежий воздух. Ребенка мы не можем раньше времени извлечь из герметизированной камеры, так как при этом мы подвергаем его риску воздействия ОВ.

Нашей задачей было установить, в течение какого периода времени ребенок в возрасте 1 года — 1½ лет может находиться в мешке-палатке без подачи воздуха извне.

Следует иметь в виду, что при защите детей от ОВ очень часто придется пользоваться палатками без подачи воздуха извне. С этим придется встретиться, в частности, потому, что невозможно будет обеспечить частую смену противогазовой коробки, через посредство которой можно было бы вентилировать воздух в палатке.

Для получения объективных данных об изменениях, возникающих у ребенка при длительном пребывании в палатке, у детей регистрировали дыхание, деятельность сердца (электрокардиография), велось наблюдение за цветом губ и кожи (появление синюшности) и за координацией (способность удерживать головку в вертикальном положении). Изменения со стороны дыхания и сердца (электрокардиография), а также дальнейшие наблюдения за ребенком дали нам возможность установить время, в течение которого ребенок может находиться в мешке-палатке без вреда для своего здоровья.

Нами установлено, что длительность пребывания в мешке-палатке без подачи воздуха для ребенка в возрасте до 1—1½ лет может быть равной 3—3½ часам, в отдельных же случаях и 4 часам. Через 3 часа пребывания ребенка содержание кислорода в палатке делается равным 15—14%, а через 4 часа — 13,5—13%. За это время температура в палатке поднимается на 3—3,5°. Температура в герметизированной камере не должна превышать 27—30° (30° — холодная норма), принимая во внимание, что в раннем возрасте теплорегулирующие механизмы слабо функционируют. Вредным, главным образом в смысле субъективных ощущений, является не столько недостаток кислорода и высокое содержание углекислоты, сколько повышение влажности. Относительная влажность за 3—4 часа пребывания в палатке достигает 80% и выше. Вредным следует считать прежде всего низкое содержание кислорода; как только содержание кислорода достигает 13%, ребенок должен быть извлечен из палатки.

Таблица иллюстрирует изменение газового состава воздуха в мешке-палатке (процентное содержание кислорода и углекислоты) при пребывании в ней ребенка 7 месяцев в течение 3 часов 50 минут.

Галия Бурлакова 7 месяцев

Срок пребывания в палатке	Кислород в %	Углекислота в %
До опыта . . . . .	20,7	0,1
Через 30 минут . . . . .	19,9	0,8
“ 1 час . . . . .	19,0	1,7
“ 1 час 30 минут . . . . .	18,2	2,6
“ 2 часа . . . . .	16,8	3,4
“ 2 часа 30 минут . . . . .	15,8	4,6
“ 3 часа . . . . .	15,0	5,4
“ 3 часа 30 минут . . . . .	14,1	6,2
“ 3 часа 50 минут . . . . .	13,3	7,1

У взрослого человека аноксемия вызывает компенсаторное учащение сердечного ритма на 20—30 ударов в 1 минуту.

У ребенка в возрасте до 1 года в течение 2½—3 часов пребывания в палатке сердечный ритм не меняется; не меняется также и электрокардиограмма. Через 3—3½ часа сердечный ритм значительно учащается, доходя со 110—120 до 160—180 ударов. Однако это учащенное сердцебиение является отрицательным симптомом, указывающим на необходимость извлечь ребенка из палатки. Дыхание ребенка не меняется в течение 3 часов пребывания ребенка в палатке, через 3—3½ часа оно резко учащается. Это учащение дыхательного ритма точно так же является отрицательным симптомом.

Какими признаками во внешнем состоянии ребенка должен ру-

ководствоваться медицинский персонал или даже мать, наблюдающая через смотровое окошко за ребенком в палатке? Когда содержание кислорода в палатке делается равным 14—13%, кожа приобретает синюшную окраску, ребенок может утратить способность удерживать головку в вертикальном положении. Чтобы обнаружить последнее, ребенка можно в мешке-палатке посадить при помощи специальной рукавицы, вделанной в полотнище палатки и приспособленной для обслуживания ребенка.

Если при наступлении указанных симптомов вынуть ребенка из палатки и вынести на воздух, то уже через несколько минут полностью восстанавливается нормальный цвет кожи и способность нормальной координации. Таким образом, синяя асфиксия (легкие признаки ее) не требует специального вмешательства: она проходит без каких-либо вредных последствий для ребенка. Когда содержание кислорода в палатке падает до 13% и ниже, синяя асфиксия может перейти в белую асфиксию — состояние, близкое к шоку. Но даже в этих случаях аноксемия проходит без каких-либо последствий для ребенка, если вынуть его из палатки. Если угроза химического нападения будет длиться долго, придется прибегать к специальным средствам борьбы с аноксемией.

Мощное средство борьбы с аноксемией у взрослых — угольная кислота в сочетании с кислородом (карбоген) не является эффективным для детей раннего возраста, у которых угольная кислота вызывает угнетение деятельности дыхательного центра и тем самым углубляет состояние аноксемии. Наиболее эффективным средством борьбы с аноксемией в раннем возрасте следует считать кислородное лечение. Дача кислорода должна, однако, обязательно сочетаться с средствами, возбуждающими дыхательный центр, таковыми являются лобелин и стрихнин.

Кислород из подушки или другого кислородного резервуара вводят в палатку, где находится ребенок. Пользуясь крутовой вентиляцией воздуха, можно обеспечить поглощение угольной кислоты (специальным поглотителем) по мере накопления ее в палатке; таким путем можно удлинить время пребывания ребенка в палатке.

Выше описанные мешки-палатки могут быть рекомендованы для детских коллективов, домов младенца и для благоустроенных бомбоубежищ. Они должны быть заранее размещены в бомбоубежищах. С момента объявления воздушной тревоги дети должны быть помещены в палатку, которая не герметизируется до сигнала химической тревоги.

В связи с очередной потребностью в еде ребенок начинает беспокоиться, поэтому в палатку вместе с ребенком кладется рожок с молоком. При помощи рукавицы ребенок может быть накормлен в урочное для него время. При помощи этой же рукавицы ребенок может получить необходимое лекарство. После помещения ребенка в герметизированную палатку ребенок засыпает спустя 10—15 минут и может спать в ней в течение 1½—2 часов.

Палатка является хорошим индивидуальным средством противохимической защиты для детей, начиная с первых дней жизни.

При недостаточном количестве палаток можно поместить в каждую 2 и 3 детей. При этом, естественно, время пребывания в палатке должно быть резко укорочено. Мешок-палатка как средство индивидуальной защиты имеет несомненные преимущества перед мешком-конвертом, который пригоден главным образом для эвакуации детей во время угрозы химического нападения.

Все данные относительно газового и температурно-влажностного режима в палатке сохраняют силу и для коллективных средств защиты — газоубежищ, герметизированных помещений. Палатки являются очень важным средством защиты детей от ОВ, поскольку их можно поместить в любое бомбоубежище, и при этом в них сравнительно легко осуществляется регенерация воздуха.

# ОРГАНИЗАЦИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ, ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Доцент Д. М. Гинодман

Начальник управления родильных домов и женских консультаций  
Наркомздрава СССР

Вопросы, связанные с правильной организацией медицинской помощи населению в условиях войны, приобретают особую актуальность. Органы здравоохранения на местах применительно к обстановке обязаны уметь четко перестраивать работу, чтобы при меньшей затрате времени оказывать своевременную и квалифицированную помощь.

Наша страна создала невиданную в мире организацию медицинской помощи. На содержание родильных коек и женских консультаций из года в год отпускаются огромные суммы денег; результаты этого дела общеизвестны, и мы законно гордимся ими.

В дни, когда оголтелый враг напал на нашу родину, когда взбесившиеся фашистские псы подвергают угрозе разрушения накопленные нашей страной огромные материально-культурные ценности, наша задача — напрячь свои силы, закрепить достигнутые успехи и перестроить работу наших учреждений так, чтобы обеспечить дальнейшее уменьшение материнской и детской (новорожденных) заболеваемости и смертности. Поэтому организация родовспоможения требует сейчас особенной большой гибкости и умения.

Коечная сеть в родильных домах позволяла госпитализировать в городах всех рожениц и удовлетворяла большое количество рожениц из сельских местностей, которые по многим причинам всегда тяготеют к близлежащим городам.

Выработался определенный режим по организации акушерской помощи, уходу за родильницами и новорожденными. Однако условия военного времени весьма сложны. Работа во многих городах и сельских местностях прифронтовых зон, работа в местностях, куда временно эвакуировалось население, различна. Однако во всех случаях и в любых условиях необходимо добиваться, чтобы каждая женщина в городе, рабочем поселке и на селе могла получить своевременно квалифицированную медицинскую помощь в период беременности и родов, при гинекологических заболеваниях и чтобы роженицы не попадали в руки невежественных бабок-повитух.

Условия, в которые будут поставлены многие города, районы, населенные пункты, настолько разнообразны, что говорить об едином для всего Советского Союза плане работы невозможно. Многое зависит от гибкости здравотделов на местах, от их умения приспособиться к обстановке. Все же некоторые моменты в организации дела родовспоможения необходимо обусловить.

В городах мы имеем все возможности и обязаны стремиться к полной госпитализации рожениц. Это возможно и тогда, когда некоторое количество родильных коек в отдельных городах будет переключено на иные нужды, когда часть квалифицированных врачей, акушеров-гинекологов уйдет в действующую армию. В первую очередь необходимо обеспечить госпитализацию всех женщин с патологическими родами и патологически осложненной беременностью. В таких случаях в городах, где имеется несколько родовспомогательных учреждений, лучше всего сосредоточить госпитализацию в одном учреждении, обеспечив его соответствующим врачебным персоналом. Но в акушерстве патологию часто трудно предвидеть, — она наступает внезапно при начавшихся, казалось, нормальных родах. Поэтому необходимо, чтобы любое родовспомогательное учреждение было обеспечено квалифицированной медицинской помощью либо путем приближения жилья одного специали-

ста к учреждению, либо путем вызова такого специалиста в родильный дом (родильное отделение) в любое время дня и ночи.

В предродовой и родовой комнатах должны работать лучшие акушерки, которые свободно ориентируются в проведении любого осложненного случая, владеют техникой несложных оперативных манипуляций и, если потребуется, своевременно вызовут врача для производства сложных операций.

Проводя в основном полную госпитализацию рожениц в городах, нельзя все же игнорировать и изменившуюся в некоторых местностях обстановку. Необходимо учитывать, что в отдельных городах (подвергавшихся нападению врага, объявленных на военном положении, в прифронтовой полосе) может встретиться надобность в оказании медицинской помощи при родах на дому, в бомбоубежищах, укрытиях, в пути при эвакуации населения. Органы здравоохранения на местах должны это учесть и организовать дело родовспоможения так, чтобы ни одни роды не проходили без медицинской помощи. В городах, где встречается необходимость оказывать помощь на дому, должны быть выделены при родильных стационарах, при пунктах скорой помощи или в женских консультациях, расположенных недалеко от места жительства основных масс населения, опытные акушерки, которые во всякое время могли бы отправиться к месту, где происходят роды. Для этого акушерок нужно снабдить имеющимися наготове стерильными перевязочными средствами, инструментарием и медикаментами, потребными для проведения родов.

Никаких особых расходов или штатов это мероприятие не требует, его можно провести путем выделения лиц из штатного персонала родильных домов или женских консультаций.

Если при проведении родов на дому обнаружится какое-нибудь серьезное осложнение, представляющее затруднение для акушерки, она должна знать местонахождение врача, которого она может вызвать в любое время.

В родильных домах (родильных отделениях больницы), акушерских клиниках при оказании медицинской помощи во время родов при всех условиях исключительное внимание должно быть уделено новорожденным.

Сберечь каждую жизнь матери и новорожденного — основная задача акушеров.

Уход за новорожденным — дело несложное, но оно требует строгого проведения асептики и антисептики, установленного режима, оно требует умения наладить своевременную изоляцию заболевших.

Показатели заболеваемости и смертности среди новорожденных, за последние пять лет в особенности, весьма благоприятны и ухудшать их ни при каких условиях нельзя. Надо приложить все силы к тому, чтобы использовать до конца все имеющиеся возможности для снижения заболеваемости и смертности новорожденных.

Уход за новорожденными в родильных домах должен быть обеспечен круглосуточным дежурством среднего (сестринского) медицинского персонала.

Где сестер нехватает, их можно заменить акушерками; во многих случаях с успехом могут быть использованы сестры, прошедшие краткосрочные курсы РОКК.

В крупных родильных домах, где одновременно в детском отделении дежурят несколько сестер, при недостатке медицинских работников можно привлечь санитарок, а один круглосуточный пост комплектовать из лиц со средним медицинским образованием, обязав их на дежурствах проводить всю медицинскую работу по уходу за новорожденными (перевязка пупочной раны, бечевирование, всякие инъекции, пускание капель, клизмы и пр.).

Врачи-педиатры детских комнат в родильных домах должны сделять все от них зависящее, чтобы улучшить уход за новорожденным, проводить бещажирование, своевременно изолировать заболевшего ребенка, не дать вспыхнуть инфекции, с удесятеренным вниманием следить за здоровьем каждого ребенка, особенно за недоношенными детьми.

При отсутствии врачей-педиатров врачебная помощь новорожденным в родовспомогательном учреждении должна быть оказана врачом-акушером, терапевтом, т. е. тем врачом, независимо от его специальности, который работает и отвечает в данное время за родовспомогательное учреждение.

Большее место, чем до сих пор, необходимо отвести переливанию крови. Сбор и хранение плацентарной крови должны быть организованы в каждом родильном доме. Показания к переливанию крови при разного рода заболеваниях и анемиях, а также техника его известны.

Имеющийся опыт по вопросу применения плацентарной крови совершенно оправдал себя не только в мирных условиях, но и в военной обстановке (опыт Ленинграда в борьбе с белофиннами). Медицинские гражданские учреждения при показаниях к переливанию крови применяли плацентарную кровь, высвобождая таким образом большие количества донорской крови для удовлетворения раненых воинов.

Родильный дом должен быть по этому вопросу постоянно связан с пунктом переливания крови и больницами, где имеется нужда в крови для целей трансфузии.

Особенно важно наладить связь с детскими больницами, где при многих заболеваниях детям применяют переливание крови малыми дозами (50—100 г), когда плацентарная кровь по своему морфологическому составу и получаемому количеству от каждой роженицы может быть наиболее эффективно использована.

Годами сложившиеся методы ухода за роженицами, родильницами и новорожденными, а также имеющиеся по этому разделу положения и инструкции, как было сказано, не требуют каких-либо особых изменений. В городах и районах, расположенных поблизости от фронтовой полосы или подвергающихся вражеским нападениям, жизнь вносит свои изменения в работу родильных учреждений. Прежде всего изменяется срок пребывания роженицы в родильном доме. Дать единую схему для всего Союза трудно. Раннюю выписку не следует отождествлять с ранним вставанием; огульно проведенная ранняя выписка чревата последствиями для матери и ребенка. Все же обстановка во многих городах может потребовать от учреждений ранней выписки родильниц. Задача руководителей учреждений строго индивидуализировать каждый случай и проводить раннюю выписку, по возможности ограждая возникновение заболеваний у матери и новорожденного.

В условиях военного времени особенно остро стоят вопросы борьбы с инфекциями, в том числе и с послеродовыми (септическими) заболеваниями. При лечении септических заболеваний у родильниц и новорожденных, кроме общезвестных средств, необходимо использовать и новые виды лечения (бактериофаг, сульфидин, поливалентные сыворотки и пр.), дающие весьма обнадеживающие результаты.

Большие и сложные задачи стоят в настоящее время перед женскими консультациями. Деятельность их должна быть приближена к женщине, перенесена в дом, на фабрику, на завод, где женщина живет и работает.

Особую бдительность должны проявить врачи по предупреждению патологий беременности. Своевременная помощь в консультации и на дому при начинающихся легких осложнениях, обязательная госпитализация тяжело больных, борьба с внебольничными абортами и усиление

профилактической работы, борьба с гонорреей и другими осложнениями — основное в работе женских консультаций.

Военное время предъявляет некоторые особые требования к организации родовспоможения и в сельских местностях. Известно, что организация родильной помощи в сельских местностях получила огромное развитие: сеть родильных коек и количество родов, принятых медицинским персоналом, возросли в последние годы более чем в два раза.

Акушерка на селе — в настоящее время основной медицинский работник, заменяющий во многих местах врача, сестру и фельдшера, ушедших в ряды Красной армии. Разнообразна и ответственна ее деятельность. Нет сомнения, что акушерки с честью выполнят возложенные на них задачи, заменяя своих товарищей. Но тем более ответственны они за исполнение своих прямых обязанностей организаторов и практических работников по родовспоможению.

Необходимо приложить все силы, чтобы беременная колхозница, занявшая место на комбайне, тракторе, молотилке, получила надлежащую медицинскую помощь. Основной задачей акушерки на селе, где бы она ни работала — в отдаленной участковой больнице, в колхозном родильном доме, на акушерско-фельдшерском пункте, — должно быть оказание квалифицированной медицинской помощи. Нужно сберечь жизнь матери и ее ребенка и к каждому осложнению во время беременности и родов относиться как к чрезвычайному событию. В особенностях в переживаемое нами время акушерка не должна и не может ждать, когда беременная женщина придет к ней на осмотр или рожать. Она обязана своевременно выявить всех беременных, своевременно и задолго до родов провести работу по санитарному просвещению, по выявлению среди беременных заболеваний, по изучению бытовых условий беременной.

Нередки случаи, — а сейчас их может быть еще больше, — когда многосемейная беременная женщина не идет в родильный дом потому, что на время родов ей не на кого оставить семью. Акушерка в таких случаях обязана помочь беременной, обеспечив уход за семьей на время родов. Для этого нужно договориться с правлением колхоза, родными беременной, с активом женщин или санитарным активом РОКК об уходе за семьей роженицы на время родов, в послеродовой период и дать возможность колхознице родить в культурных условиях стационара, оградив ее ребенка от всяких осложнений.

В сельских местностях весьма распространено оказание медицинской помощи при родах на дому. Сельская кочевая родильная сеть довольно велика и использование ее таит в себе огромные резервы, поэтому говорить об увеличении количества домашних родов в военное время как будто нет оснований. Вместе с тем во многих местах, в особенности в прифронтовых областях, количество родов на дому может увеличиться. Роль акушерки в этих случаях сугубо ответственна, ибо проведение родов на дому в сельской местности имеет ряд особенностей в отношении соблюдения правил асептики и антисептики. Нужно своевременно подготовить домашние условия у роженицы, умело оказать ей медицинскую помощь при родах даже в неприспособленной обстановке, установить систематическое наблюдение за родильницей и новорожденным в послеродовом периоде.

В условиях военного времени очень важна роль акушерки как организатора родовспоможения. Известно, что колхозный родильный дом — это детище нашей советской эпохи, это учреждение, возникшее по требованию народных масс и содержащееся в основном за счет отчислений от доходов колхозов. Поэтому сейчас, когда женщины в колхозах в связи с уходом мужей, отцов и братьев в ряды Красной армии являются основной рабочей силой, важно закрепить и удержать имею-

шияся колхозные родильные дома. Для этого акушерки на местах совместно с райздравотделами должны проявить большую инициативу и организационные способности по своевременному заключению договоров с правлениями колхозов на содержание колхозных родильных домов, активно привлекая к этому самих колхозниц.

Правильная организация родовспоможения на селе в условиях военного времени зависит исключительно от умелой работы акушерки, от ее связи с населением, умения привлечь активные слои населения, и в первую очередь женщин, к организации их кровного дела. Но акушерки должны получать своевременную помощь и поддержку со стороны райздравотделов и имеющихся на обслуживаемой ими территории врачей: первые должны поддерживать и направлять ее инициативу, вторые — осуществлять систематический медицинский контроль и помочь акушеркам.

В настоящее время важнее, чем когда-либо, сохранение каждой беременности, возможность довести ее до конца, сберечь стране здоровую мать, лучшую ударницу у станка, на поле, в совете и всюду, где она работает.

Много лет назад, еще на пироговских съездах, лучшие представители отечественного акушерства мечтали о том времени, когда в каждом селе будет акушерка и каждая женщина при родах будет получать квалифицированную медицинскую помощь. Мы можем с гордостью заявить, что советская власть осуществила чаяния передовых русских людей.

## БОРЬБА С ДЕТСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Проф. А. И. Доброхотова (Москва)

Путь, по которому должны сейчас идти медицинские работники детских учреждений, с исчерпывающей ясностью указал наш великий Сталин в своем выступлении от 3.VII.1941 г. «Мы должны немедленно перестроить всю нашу работу на военный лад, все подчинив интересам фронта и задачам организации разгрома врага. Мы должны укрепить тыл Красной Армии, подчинив интересам этого дела всю свою работу».

Выращивание здоровых детей, нашей будущей смены, золотого фонда страны, есть непосредственная и прямая наша задача по укреплению тыла. Не касаясь других важных вопросов, остановимся только на вопросе борьбы с детскими инфекциями.

Массовая переброска детей из угрожаемых районов, с одной стороны, а с другой — постоянные скопления детей в убежищах и укрытиях в местах, находящихся под угрозой воздушного нападения, несомненно, создают некоторые трудности в борьбе с детскими инфекциями. Эти трудности вполне преодолимы, но они требуют от медицинских работников большой четкости, организованности, энергии и инициативы в работе. Общие принципы борьбы с инфекциями во все времена и при всех обстоятельствах остаются незыблыми: прежде всего это своевременная изоляция больных от здоровых и карантинирование детей, непосредственно соприкасавшихся с заразными больными, чтобы до минимума ограничить просачивание больных в коллектив здоровых.

Как же это осуществить в военное время?

Госпитализация детей с острозаразными болезнями (дифтерия, скарлатина, дизентерия, корь и осложненный пневмонией или судорогами коклюш) приобретает особое значение. Поэтому госпитализация должна

проводиться с еще большей четкостью, чем в мирное время. Число коек в каждой больнице должно лимитироваться емкостью укрытий и убежищ, для чего должны быть использованы подвальные помещения, а в отдельных случаях (смешанные инфекции: корь и дифтерия, корь и скарлатина и т. п.) полевые щели.

Опыт работы больницы им. Русакова показал, что при определенной энергии и целеустремленности можно достигнуть многого. Например, в некоторых больничных зданиях подвальные этажи были заняты жильцами, столовой и пр. Жильцов выселили в другие помещения, столовую перенесли в бараки, подвальное помещение разделили на отсеки с отдельными ходами — эти помещения предназначены для детей с различными заболеваниями.

Большая работа, проведенная с персоналом по вопросу об эвакуации детей в убежище, показала, что если эвакуация проводится планово, четко и спокойно, то даже при пользовании одним ходом и одним коридором риск заражения летучими инфекциями детей, находящихся в отдельных закрывающихся комнатах, минимален. В этих случаях в первую очередь эвакуируются дети коклюшного отделения, затем дезинтегрийного, карантинного по кори и, наконец, дизентерийного отделения без всяких контактов (всего около 100 детей). Среди дизентерийных детей, контактных по кори, в убежище был однажды выявлен больной с проромкой кори, однако корь не была занесена ни в коклюшное, ни в дизентерийное отделение. Если же к моменту эвакуации среди дизентерийных больных обнаруживается коревой больной, то его немедленно переводят в убежище коревого отделения и тщательно там изолируют. Такого ребенка можно укрывать и в индивидуальной полевой щели.

Работа по госпитализации заразных больных требует от медицинских работников, помимо обычных знаний, также практических навыков в области детских инфекций и большой организационной работы. Каждая больница, каждое отделение должно стремиться к лучшему обслуживанию госпитализированных детей как в отношении качества работы, так и в отношении количества обслуживаемых детей.

Как организовать раннее выявление инфекционных больных?

Необходимо еще более четкое внебольничное медицинское обслуживание и большая санитарная и культурно-просветительная работа среди населения. Если в мирное время роль консультации и поликлиники в борьбе с инфекциями была велика, то сейчас задачи этих учреждений огромны. Участковые врачи и патронажные сестры должны взять на себя инициативу по выявлению и изоляции заразных больных. Помимо обычных посещений на дому, сестры и врачи должны посещать убежища. В убежище находится большинство детей данного дома или ближайших домов. Если даже несознательная мать задумает скрыть болезнь, ее выдадут соседи. Здесь же, на месте, по обнаружении больного сестра и врач смогут провести действенные мероприятия. Обнаружив скарлатину, дифтерию или корь в том случае, если дети находятся в убежище еще до воздушной тревоги, необходимо тут же организовать транспорт и отправить больного в больницу. Если обнаружен больной во время воздушной тревоги, его надо выделить из среды детей, окружив барьером из взрослых, или выделив для него в убежище какое-нибудь более укромное место. После воздушной тревоги надо принять меры к немедленной отправке больного в больницу. Для больного коклюшем, ветрянкой, свинкой надо отвести определенное место, организовав боксы. Такими боксами могут служить обычные ширмы или простыни, натянутые на рамы. Кроме того, таких детей надо окружить взрослыми, сидящими тут же в убежище.

Методы специфической профилактики в борьбе с корью должны, конечно, иметь место и в военное время. Так, например, если в убежи-

ще обнаружен больной корью, то детям, сидевшим с ним в одном отсеке, должна быть сделана прививка. Нужно только помнить, что кровь необходима для переливания раненым бойцам Красной армии, поэтому в проведении серопрофилактики требуется особая четкость и экономия. Вводить сыворотку нужно только в случае точно установленного диагноза и не свыше 30 см<sup>3</sup>; только особо ослабленным и больным детям нужно вводить 60 см<sup>3</sup>.

Что делать с детьми, заведомо контактировавшими с инфекционными больными?

Таких детей надо изолировать дома, если это касается детей, желающих поступить в коллектив (ясли, детсад). Надо внимательно следить за детьми, контактировавшими уже в коллективе, выводя их в больницу или изолятор при первом подозрении на болезнь. Тут медицинскому персоналу поможет четкая запись дат заболевания, знание сроков инкубации и первых признаков заболевания.

Требования индивидуальной изоляции, предъявляемые в мирное время, сейчас нередко разбиваются обстоятельствами военного времени. Например, в квартире были обнаружены заразные болезни, а дети должны все же ити в убежище. И здесь можно найти выход, если участковый врач и консультация работают правильно. Заранее зная о таких детях, врач вместе с домоуправлением приспособляет в нижних этажах квартиру или выделяет небольшие отдельные отсеки в убежище.

Срок изоляции различен для каждой инфекции. Подозрительный дифтерийный больной изолируется на 4—5 дней (срок двукратного исследования), подозрительный на скарлатину — на 5—7 дней (дни, когда чаще всего встречаются вторичные заболевания), контактировавший с корью — на 2-ю и на 3-ю неделю после встречи; в течение первой недели после встречи с коревым больным ребенок не заразен и может быть допущен в убежище. Дети, больные коклюшем, свинкой, ветряной оспой, направляются в уголки общего убежища, как об этом уже говорилось выше.

При плановой работе консультаций и при поддержке работников санитарной инспекции домоуправления могут и должны приспособить убежища так, чтобы детей можно было лучше разместить в них. Тесный контакт врачей и сестер на своих участках с родителями даст возможность организовать актив из наиболее сознательных и энергичных матерей. Заинтересовав их работой и обучив их путем бесед организационным мероприятиям в борьбе с инфекциями, врач выделяет из них санитарных уполномоченных в квартирах или домах. Эти уполномоченные своевременно сообщают врачу о каждом заболевшем и проводят по его заданию всю необходимую работу в доме.

Роль и значение санитарных уполномоченных демонстративно показаны в опыте работы одного из районов Рязанской области, где санитарные уполномоченные были самыми активными помощниками в борьбе за снижение детской смертности в мирное время.

В момент великой отечественной войны желание помочь родине безгранично.

Принципы борьбы с заразными болезнями одни и те же, но работа требует от персонала большого напряжения, гибкости, инициативы и тесного общения с населением. Медицинский персонал на фронте и в тылу показывает образцы прекрасной самоотверженной работы, поэтому есть все основания считать, что и на этом ответственнейшем участке он проявит нужную энергию и инициативу на благо нашей великой родины.

# РОЛЬ ПАТРОНАЖНЫХ СЕСТЕР В ПРОПАГАНДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

*В. Кваша*

Научный сотрудник Центрального института санитарного просвещения

Отечественная война с фашистскими бандами значительно изменила условия жизни наших детей. Подвергаясь бомбардировке в тылу, мирное население вынуждено укрываться со своими детьми в убежищах.

Нормальные условия жизни для детей нарушены. Это отражается на состоянии их здоровья: нарушен режим, дети меньше бывают на воздухе, спят в неблагоприятных условиях. Не исключена возможность распространения таких инфекционных заболеваний, как корь, скарлатина, дифтерия, коклюш.

Поэтому сейчас надо широко развернуть санитарно-просветительную работу среди населения. Надо обучить население своевременно обращаться к врачу, госпитализировать больных детей по требованию врача, не скрывать инфекционного заболевания у ребенка, не общаться с больными детьми.

В этой большой работе должны принять активное участие патронажные сестры детской консультации.

Патронажная сестра должна ежедневно вести разъяснительную работу среди родителей по профилактике желудочно-кишечных и остrozaraazных заболеваний.

Все ее внимание должно быть сосредоточено на том, чтобы внедрить в сознание матери, какую ответственность она несет за распространение инфекции среди других детей. Надо научить мать не скрывать заболевания у ребенка, оберегать его от инфекционного заболевания, не допускать, чтобы ребенок мог стать источником распространения инфекции. Мать должна помнить, что в убежище находится много детей, ответственность за которых несет каждая мать в отдельности и все вместе.

В свою очередь патронажная сестра должна не только учить, но и помогать населению. Патронажная сестра должна ежедневно посещать свой участок, своевременно выявляя больных детей, принимать меры к быстрой госпитализации детей, больных корью.

Детям, не болевшим корью и находившимся вместе с больным, нужно обязательно сделать прививку против кори и ежедневно посещать их на дому. Надо обязательно сообщать медицинскому персоналу, обслуживающему убежище, что дети, получившие прививку против кори, должны быть изолированы в разных отсеках убежища. Разъяснить санитаровцам, какое значение имеет своевременная изоляция этих детей, и сигнализировать в консультацию о всех вновь заболевших корью.

При таком внимательном отношении патронажной сестры к проведению профилактических мероприятий можно надеяться, что дети не будут инфицироваться корью в убежищах.

Большую работу надо проводить с родителями и по профилактике коклюша. Детей, больных коклюшем, следует помещать в отсеках среди взрослых или в крайнем случае за ширмой. Надо обучить мать правильному обращению с ребенком во время приступа кашля.

У ребенка могут участиться приступы кашля, если он будет волноваться, кипрзничать. Спокойное отношение матери к больному ребенку отвлечет его внимание от приближающегося приступа, может предупредить или ослабить приступ кашля. Чем реже ребенок будет кашлять в убежище, тем меньше возможности для распространения инфекции.

Во время приступа кашля мать должна посадить ребенка или взять его на руки либо поддерживать своей рукой голову ребенка и постараться загородить больного ребенка. Надо научить мать прикрывать рот ребенка во время кашля носовым платком или рукой.

Патронажная сестра должна вести большую разъяснительную работу среди родителей по вопросам изоляции в убежище детей, только что вымисавшихся из скарлатинозного или дифтерийного отделения больницы.

Если у ребенка желудочно-кишечное заболевание, патронажная сестра обязана объяснить санитарствам значение изоляции его в убежище.

Патронажная сестра также ведет разъяснительную работу по уходу за ребенком, но предупреждению вшивости у матери и у ребенка.

Широко развернутая санитарно-просветительная работа патронажной сестры на участках консультации в условиях военного времени особенно важна.

Патронажная сестра, верный спутник врача и помощник матери, может сыграть большую роль в снижении детских инфекционных заболеваний.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УБЕЖИЩЕ РОДИЛЬНОГО ДОМА

*Н. Ф. Альтгаузен (Москва)*

Основная задача каждого родовспомогательного учреждения в тех населенных пунктах, которые подвергаются воздушным нападениям, — создать наивозможно лучшие условия для пребывания новорожденных детей в бомбоубежище. Это достигается путем соблюдения строгой асептики в уходе за детьми, тщательного проветривания бомбоубежища, правильной организацией всего режима и соблюдением правил изоляции больных или подозрительных на инфекцию детей (грипп, пиодермии и др.).

Бомбоубежища для новорожденных детей по существу должны быть такими же помещениями (с некоторыми лишь ограничениями), как и основное отделение — палаты для новорожденных. Площадь на одного ребенка, считая ее с проходами между кроватками, не должна быть меньше 1 м. Каждый ребенок должен быть обеспечен своей отдельной кроваткой. Для больных детей, а также для детей, сомнительных по инфекции, выделяется изолированное помещение или в крайнем случае отделяют ширмами часть помещения.

Достаточное число умывальников и запас горячей и холодной воды обеспечат правильное и своевременное подмывание детей и тщательное мытье рук персонала. Наличие электрических нагревательных приборов облегчает эту задачу. Для хранения запаса горячей воды необходимо иметь емкую, хорошо укрытую посуду, используя для этой цели чайники, ведра с крышками и термосы.

Проветривание бомбоубежищ является одним из серьезнейших вопросов. В специально построенных убежищах имеется вентиляционная система. В приспособленных для убежищ помещениях, если нет вентиляции, можно проветривать помещение через двери, оставляя их на долгое открытыми. Детские матрацы следует ежедневно выносить на воздух не менее чем на 2—3 часа, особенно там, где вентиляция плоха. Влажные матрацы могут стать рассадниками инфекции, а влажное окру-

жние вредно отражается на теплорегуляции ребенка. Полезно облучать бомбоубежища ультрафиолетовыми лучами.

Запасы кипяченой воды в градуированных бутылочках для детей, питьевой воды для персонала и белье должны ежедневно сменяться.

Пол надо мыть ежедневно и особенно тщательно проводить уборку помещения. Раз в 5 дней помещение и мебель моют с мылом, а затем 2% раствором лизоформа.

Опыт показал, что в убежище детей следует переводить не в самый момент воздушной тревоги, а заблаговременно, и в полосе, подвергающейся воздушным нападениям, ежедневно. Во время воздушной тревоги приходится поспешно выносить детей, а поэтому в помощь дежурному персоналу детского отделения следует заранее прикрепить людей. Переносить детей в убежище надо четко, по намеченному плану. Если детей переносят до тревоги и недалеко, то к этому можно привлечь матерей. Оставлять детей в убежище при материах мы считаем неправильным. Практика показала, что большинство матерей не выражает желания держать детей при себе, если видит, что дети в убежище обеспечены хорошим уходом. Самочувствие матерей во время пребывания их в убежище вполне удовлетворительно.

Режим новорожденных в убежище не отличается от режима в нормальном помещении. Если в убежище хватает места, желательно иметь отдельные весы для проверки количества высосанного молока, так как обычно приходится 1—2 кормления проводить в убежище. В некоторых случаях в режиме новорожденных детей приходится делать перестановки во времени, отводимом для туалета и кормления. Это зависит от времени перевода детей в убежище и от срока их пребывания там.

Особенно ответственные процедуры — ванны, обертывания, введение медикаментов под кожу и внутримышечно — производить в убежище нежелательно.

Согласно нашим наблюдениям, лактация во время и после пребывания в убежище мало отличается от лактации в спокойной обстановке. Острого нарушения молокоотделения отмечать не приходилось.

В некоторых убежищах замечается резкое беспокойство детей. Это зависит, быть может, от плохой вентиляции и тесноты помещения.

Чрезвычайное внимание в родовспомогательном учреждении следует уделить первому туалету новорожденных, родившихся в убежище. Правила асептики и антисептики должны выполняться особенно строго.

Судя по еще небольшому опыту, новорожденные, проводящие время в убежище, чувствуют себя хорошо и достаточно прибавляют в весе.

## ВИТАМИНЫ В ДЕТСКОМ ПИТАНИИ

Заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лепский (Казань)

Расстройства, возникающие в организме ребенка на почве недостатка витаминов, весьма многообразны. Поэтому очень важно, чтобы дети получали необходимые им витамины своевременно и в достаточном количестве.

У новорожденного имеется некоторый запас витаминов в тканях тела, однако за счет этого запаса ребенок может нормально развиваться только в течение нескольких недель.

В самом раннем возрасте, когда ребенок питается грудью, он получает витамины с молоком матери. В грудном молоке при правильном

полноценном питании кормящей женщины имеются витамины группы А, С и В. Вот почему, заботясь о здоровье грудного ребенка, необходимо заботиться также о правильном питании кормящей его матери. Особенно важно, чтобы кормящая женщина получала ежедневно овощи или фрукты.

Молоко женщины, которая употребляет в пищу достаточное количество овощей или фруктов, содержит на каждые 100 см<sup>3</sup> молока 4—8 мг витамина С (аскорбиновой кислоты). Ее ребенок, высасывая по 500—800 см<sup>3</sup> молока в сутки, получает ежедневно 20—60 мг витамина С. При недостаточном количестве фруктов или овощей в пище кормящей женщины содержание витамина С в грудном молоке уменьшается до 1—2 мг на 100 см<sup>3</sup>. Дети, питающиеся молоком таких матерей, естественно, получают недостаточное количество витамина С. Вследствие этого у них возникает гиповитаминоз.

С антиневритическим витамином В<sub>1</sub> (иначе тиамин, или аневрин) дело обстоит приблизительно так же, как с витамином С. Потребность ребенка раннего возраста в этом витамине высока по сравнению с теми небольшими количествами его, какие обычно имеются в молоке.

Антирахитического витамина D в женском молоке совершенно нет. Только витамином А ребенок, вскармливающийся грудью, почти всегда обеспечен в достаточной мере.

На смешанном или искусственном вскармливании витаминный баланс у ребенка нарушается значительно больше. Это в первую очередь отражается на С-витаминном балансе. Коровье молоко содержит значительно меньше витамина С, чем женское: около 1—2 мг на 100 см<sup>3</sup>. При хранении молока количество витамина С в нем быстро снижается вследствие щелочности среды. При кипячении и приготовлении различных молочных питательных смесей происходит дальнейшее снижение содержания витамина С.

И другими витаминами искусственно вскармливаемый ребенок обеспечен плохо. Так, тиамин (витамин В<sub>1</sub>) содержится в коровьем молоке еще в меньших количествах, чем в женском; к тому же при кипячении он частично разрушается в щелочной среде молока.

Антирахитического витамина D в коровьем молоке так мало, что это количество никакого практического значения не имеет. И даже витамина А, которого в коровьем молоке имеется большей частью достаточно, искусственно вскармливаемые дети иногда получают мало; это бывает в тех случаях, когда длительно применяется бедная жиром пища, как, например, пахтанье или сильно разведенное молоко.

Таким образом, дети грудного возраста при неправильном вскармливании часто не обеспечены важнейшими витаминами. Многие исследователи, занимавшиеся вопросом о потребности детей в витаминах, пришли к заключению, что спустя несколько недель после рождения к пище детей необходимо прибавлять витамины, и в первую очередь витамин С.

Необходимые минимальные дозы витаминов содержатся во многих общепринятых пищевых раскладках. Но довольствоваться этими дозами в детском питании нельзя, так как у детей, получающих лишь минимальные дозы, легко развивается скрытая или явная форма гиповитаминоза. Последнее было доказано сравнительно недавно благодаря усовершенствованным химическим методам исследования.

Оптимальные дозы в несколько раз больше обязательного минимума. Чтобы дети получали оптимум витаминов, необходимо соответственным образом подбирать продукты или добавлять к пище известные витаминоносители в виде соков и фруктов или фабричных витаминных препаратов. При достаточном введении витаминов дети отличаются цветущим здоровьем, прекрасным аппетитом, высокой сопротивляемостью по отношению к инфекциям.

Особенное внимание нужно уделить витамину С потому, что содержание его в продуктах очень колеблется, значительно уменьшаясь при хранении и при нецелесообразной кулинарной обработке. В человеческом организме запасы витамина С не образуются, поэтому доставка его с пищей должна происходить непрерывно.

На основании опытов, проведенных в нашей клинике Киреевой, с насыщением организма витамином С и с последующим истощением запасов его, надо считать, что оптимальное количество витамина С для ребенка на грудном вскармливании равно 50 мг в сутки, а для искусственно вскармливаемых около 60 мг.

С возрастом интенсивность обмена понижается, а потому падает также и потребность в витаминах. Но общая потребность после 1-го года несколько возрастает в связи с увеличением веса. На 2-м, 3-м году требуется около 70 мг в день. В последующие годы (до 10 лет) в связи с понижением интенсивности роста и обмена оптимальная суточная потребность в витамине С равна 50—60 мг.

Какое количество продуктов нужно для покрытия суточной потребности ребенка в витамине С, видно из следующих данных: 50 мг аскорбиновой кислоты содержатся в 400 г картофеля, в 200 г капусты или помидоров, в 100 г различных ягод, в 50 г черной смородины, апельсинного сока или 30% отвара шиповника. Но нужно помнить, что содержание витамина С в продуктах сильно колеблется в зависимости от их сорта и от ряда других причин, поэтому приведенные цифры носят ориентировочный характер.

Как показали исследования, проведенные в нашей клинике (асс. Столбовой), многие блюда, применяемые в детском питании в качестве «витаминных», как, например, ягодные соки, кисели, овощные супы и т. п., при обычном способе их приготовления и хранения содержат чрезвычайно мало витамина С — только 1—2 мг на 100 г. Лишь блюда, изготовленные из черной смородины и шиповника, отличаются сравнительно высоким содержанием витамина С. Поэтому в детском рационе необходимо увеличить количество продуктов, содержащих витамин С, по сравнению с количествами, нужными по теоретическим расчетам. Кроме того, следует строго соблюдать правила, рекомендуемые для сохранения витамина С при варке овощей и ягод: предварительно отжимать сок с последующим «оживлением» блюда, готовить в закрытой посуде без доступа воздуха и пр.

Если невозможно удовлетворить потребность ребенка в витамине С при помощи естественных продуктов питания, необходимо частично или целиком покрывать эти потребности при помощи кристаллической аскорбиновой кислоты, экстракта витамина С или других фабричных препаратов.

Антирахитический витамин D сравнительно мало распространен в природе; в продуктах, пригодных для детского питания, он почти совсем не встречается. Выше уже было указано, что женское и коровье молоко лишены этого витамина; в овощах и фруктах он также не содержится. Только яичный желток, икра разных рыб и печень, особенно птичья, содержат небольшие количества витамина D. В течение первого полугодия, когда особенно важна профилактика рахита, из этих продуктов вполне применим лишь яичный желток, но его трудно вводить грудному ребенку в оптимальных количествах.

Облучение кормящей женщины ультрафиолетовыми лучами или потребление ею молока, обогащенного витамином D, ведет к появлению последнего в женском молоке.

Витамин D образуется в организме человека под влиянием ультрафиолетовых лучей прямого и отраженного солнечного света. На юге, где в воздухе много ультрафиолетовых лучей и где температура большую

часть года позволяет детям проводить ежедневно много времени вне дома, можно обеспечить детей витамином D путем естественного облучения. Но для этого требуется, чтобы дети действительно проводили ежедневно много времени на воздухе. Так как это не всегда выполняется даже там, где по климатическим условиям это вполне осуществимо, то и на юге нередко приходится давать детям витамин D в виде различных препаратов.

На севере же и в умеренном поясе климатические условия не позволяют в течение круглого года достаточно долго держать детей грудного возраста на воздухе. В этих широтах естественная инсоляция недостаточна для надежной защиты детей от рахита и других последствий D-авитаминоза. Поэтому здесь необходимо всем детям, начиная со 2-го месяца жизни, регулярно давать тресковый жир или фабричный препарат витамина D.

Стандартизованный (так называемый «витаминизированный») тресковый жир содержит 250 интернациональных единиц витамина D в 1 см<sup>3</sup>. Распространенный у нас препарат витамина D содержит в 1 см<sup>3</sup> (30 капель) 10 000 интернациональных единиц. В детских учреждениях выгоднее пользоваться другим, более концентрированным препаратом, который содержит в 1 см<sup>3</sup> 30 000 интернациональных единиц и выпускается в более крупной расфасовке. Для профилактики рахита следует давать детям на первом году 1 000 интернациональных единиц в день, т. е. 1 чайную ложку стандартизованного трескового жира, или 3 капли препарата, содержащего 10 000 интернациональных единиц в 1 см<sup>3</sup>, или 1 каплю более концентрированного препарата. На 2-м году достаточно двух третей или половины этой дозы. Витамин D можно принимать непрерывно в течение всего года. Во всяком случае дети должны получать его в течение холодных месяцев, когда они не могут бывать достаточно долго на воздухе.

Желательно, чтобы дети дошкольного и школьного возраста тоже получали витамин D (около 500 интернациональных единиц в день), так как он благоприятствует росту скелета и противодействует развитию зубного кариеса. В этом возрасте можно уже шире использовать и продукты питания, содержащие витамин D: яйца, печеньку, различные рыбные блюда, икру.

Витамин B<sub>1</sub>, или тиамин, широко распространен в природе: он имеется во многих продуктах питания. Но концентрация его в пищевых продуктах очень незначительна. Поэтому при повышенной потребности в витамине B<sub>1</sub> (у беременной и кормящей женщины, а также у детей раннего возраста) легко может возникнуть гиповитаминоз B<sub>1</sub>. Надо еще иметь в виду, что ряд продуктов, составляющих основу питания детей раннего возраста, как, например, молоко, манная крупа, рис, пшеничный хлеб, сахар, совершенно лишены тиамина или очень бедны им.

Во избежание недостатка тиамина у грудного ребенка кормящая мать должна есть ржаной хлеб или хлеб из пшеничной муки, содержащей отруби, печеньку, почки, мозги, которые содержат сравнительно много тиамина.

Детям целесообразно давать молочно-кислые продукты: простоквашу, кефир, творог, сметану, содержащие тиамин. Старшим детям полезно время от времени давать орехи, которые содержат много витамина. Трудно указать точно, какие количества продуктов нужны для покрытия потребности детей в тиамине. Имеющиеся по этому вопросу данные еще очень разноречивы. Кроме того, потребность меняется в зависимости от состава пищи; она тем выше, чем больше в пище углеводов.

Витамин А широко распространен в природе. Он содержится не только в животных продуктах, но и во многих растениях в виде пропротамина каротина. Особенно богаты каротином морковь, абрикосы, сливы, черная смородина, черника, ежевика, салат, шпинат, зеленый лук.

В организме новорожденного имеется лишь небольшой запас витамина А. Поэтому необходимо, чтобы материнское молоко содержало требуемое количество витамина А. Для этого кормящая мать должна употреблять в пищу молоко, масло, яйца, овощи, зелень. Кормящей женщине требуется в день около 5 мг витамина А или каротина. Количество это содержится в 100—400 г зелени или овощей, смотря по роду их, в 2—3 яйцах, в 40—50 г коровьего масла (растительные масла не содержат ни витамина А, ни каротина).

Детям грудного или раннего возраста требуется приблизительно вдвое меньше витамина А, чем кормящей женщине.— 2—3 мг. Те количества молока, масла и овощей, которые обычно входят в состав суточного рациона ребенка раннего возраста, в большинстве случаев покрывают его потребность в витамине А.

В более позднем возрасте целесообразно часто включать в меню морковные котлеты, компот из чернослива и кураги (сушеных абрикосов) и т. п. Каротин, заключающийся в овощах и фруктах, сравнительно мало страдает при варке.

При недостаточном содержании витамина А в пище его следует вводить в виде трескового жира. В тех случаях, когда пища временно лишена жира, а овощи и фрукты по тем или иным причинам вводить нельзя, можно назначить ежедневно 1—2 см<sup>3</sup> 2% раствора каротина в растительном масле.

Медицинский персонал должен ознакомить родителей с тем, какую большую роль играют витамины в правильном росте и развитии их детей. Нужно обучить матерей правильно готовить и сохранять детскую пищу. Однако благотворное влияние витаминов оказывается только при правильной корреляции пищи. Например, при односторонней углеводной пище даже большие дозы витамина D не могут излечить ра�ахит. При бедной жиром и богатой углеводами пище оказываются недостаточными такие количества витамина, которых вполне достаточно при другом количественном соотношении жира и углеводов.

Поэтому детская пища наряду с витаминами должна содержать полноценные белки, жиры животного происхождения, углеводы и минеральные соли.

---

## КАК ОБЕСПЕЧИТЬ ДЕТСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ВИТАМИННО-ПОЛНОЦЕННЫМ ПИТАНИЕМ

Материалы, разработанные Центральным научно-исследовательским педиатрическим институтом Наркомздрава СССР при консультации Г. Е. Гуровича

Витамины оказывают огромное влияние на рост и развитие детского организма, стимулируют обмен веществ и повышают сопротивляемость организма в отношении заболеваний. Поэтому все детские учреждения должны быть обеспечены витаминами в достаточном количестве.

В целях насыщения организма ребенка витаминами следует в пищевой рацион обязательно вводить свежие овощи, фрукты и ягоды и обеспечить способ приготовления пищи так, чтобы максимально сохранить витамины. Кроме того, надо регулярно давать детям фруктовые, ягодные соки или концентрированные препараты витаминов.

Каждое детское учреждение должно организовать самостоятельную заготовку богатых витаминами плодов, овощей и ягод и приготовить из них (домашним способом) соки и пюре.

Витамины имеются во всех фруктах, ягодах, овощах, но в более значительном количестве они имеются в моркови (витамин А), в черной смородине (витамин С), в помидорах (витамины С и А) и особенно в шиповнике (витамины С, А и другие).

### Сбор плодов, ягод и овощей

Собирать плоды, ягоды, овощи лучше утром, после того как сойдет роса. Фрукты и ягоды складывать в сухие корзины, выложенные чистым полотном. До пуска в обработку собранные ягоды и плоды рассыпают из корзин на чистое полотно или рогожу, но не тесно, чтобы они не склеивались.

Плоды и ягоды пускают в обработку не позже чем через сутки после сбора.

### Приготовление впрок соков из свежих ягод (черной смородины, облепихи, крыжовника, малины и др.) и помидоров

Для приготовления соков используют спелые, свежие, не мятые ягоды. Ягоды очищают от плодоножек и чашечек, складывают на редкое волосяное сито, промывают струей чистой холодной воды, перекладывают в эмалированный таз и давят (деревянной ложкой, скалкой, дном стеклянной бутылки). После этого массу выкладывают на густое волосяное сито и протирают деревянной ложкой. К выжатому соку добавляют 75% сахарный сироп в двойном количестве, хорошо смешивают и ставят на 1—1½ суток на холод. Затем сок разливают в стерилизованные бутылки, затыкают ватой и стерилизуют. После стерилизации бутылки с соком закупоривают стерильными пробками с подложенной пергаментной бумагой. Бутылки с соком хранят в лежачем положении в холодном месте (не выше +5°).

Приготовление сахарного сиропа. Три четверти стакана сахара и четверть стакана воды нагревают, помешивая, пока не закипит и не растворится весь сахар. Готовый сироп процеживают через несколько слоев марли.

Приготовление помидорного сока. Помидоры дробят (не металлическим предметом), сок отжимают через чистое полотно в бутылки и стерилизуют. Помидорный сок хранится на холоду в бутылках в лежачем положении.

### Сушка плодов, ягод и овощей

Витамины хорошо сохраняются в сухом шиповнике, черной смородине. Сушка на солнце легко разрушает витамины, и потому рекомендуется производить сушку или в специальных плодово-овощных сушилках, или в русских печах при температуре 80—100° и на плите. В печах сушка производится спустя 2—3 часа после того, как печь истоплена. В зависимости от теплового режима печи сушка плодов продолжается в ней 2—3 суток.

До сушки плоды тщательно очищают от чашечек и сора.

Для сушки плоды шиповника надо выложить на фанерные листы с отверстиями величиной не больше плода или на деревянные решетки. Листы и решетки ставят на кирпичи. Под печи тщательно очищается от углей и золы.

Чтобы плоды сохли равномерно, их надо во время сушки перемешивать и обязательно регулировать удаление из печи влаги, открывая заслонку. В начале сушки заслонку открывают более значительно, а по мере высыхания плодов щель уменьшают.

Хорошо высушенные плоды шиповника при сильном надавливании лопаются.

## Приготовление пюре из свежих плодов шиповника

Свежие, зрелые плоды шиповника после отделения чашечек и плодоножек промывают в холодной воде, пропускают через специальную мялку или мясорубку без ножей, протирают через решето (на нем остаются семена и волоски); полученное пюре вторично протирают через густое сито. К протертой массе добавляют в двойном количестве сахарную пудру и хорошо перемешивают. Полученную массу складывают в эмалированную или алюминиевую посуду с крышкой и хорошо нагревают в течение 10—15 минут. После этого пюре раскладывают в стеклянные банки. В банку вкладывают кружок пергаментной бумаги, смоченной спиртом, стерилизуют и плотно завязывают пергаментной бумагой. Хранить в холодном месте. Пюре употребляют в киселях, компотах и других блюдах.

Приготовление пюре из сушеных плодов шиповника. Сухие плоды шиповника в виде кожуры-мякоти (т. е. очищенные от волосков и семян) кладут на редкое волосяное сито, промывают струей холодной воды, перекладывают в эмалированную кастрюлю и заливают двойным количеством крутого кипятка. Сохраняют в теплом виде в течение часа (ставят кастрюлю в горячую воду или хорошо укрывают тканью), затем набухшие плоды протирают через волосяное сито и ставят на холод. Использовать пюре надо в тот же день.

Получение из цельных плодов шиповника кожуры-мякоти. Сухие плоды шиповника всыпают в чистый холщевый мешок и раздавливают деревянными скалками (не очень мелко) и просеивают через сито с отверстиями в 3 мм (для отделения семян и волосков). Кожура-мякоть остается на сите.

Приготовление пюре из помидоров. Свежие помидоры промывают водой, дробят (не металлическим предметом), протирают через решето с отверстием в 1 мм. Полученное пюре варят на паровой бане (в кастрюлю с водой ставят кастрюлю с пюре), выпаривают и складывают в стеклянные банки, стерилизуют и укупоривают. Хранят в холодном месте.

## Способ приготовления настоя из шиповника

100 г плодов шиповника кладут на редкое волосяное сито и хорошо промывают струей холодной воды, затем хорошо измельчают скалкой в полотняном мешке или в мясорубке без ножа. Целесообразно последующее измельчение в фарфоровой ступке (в медной и железной этого делать нельзя). Измельченные плоды перекладывают в эмалированную или алюминиевую кастрюлю или чайник, заливают 0,5 л кипятка и кипятят 5 минут, настаивают в хорошо прикрытой посуде в завернутом виде. Спустя 30 минут отвар процеживают через густое волосяное сито в другой сосуд, который плотно закрывают крышкой, а затем тканью. Плоды, оставшиеся в кастрюле, еще 2 раза заливают по 0,25 л кипятка и, дав настояться по 15 минут, отвар сливают в общий сосуд. Трехкратное заливание мелко раздробленных плодов шиповника и настаивание в течение часа позволяют полностью извлечь содержащийся в них витамин С. Для улучшения вкуса к настою прибавляют сахар, фруктовые соки, клюквенный, смородиновый экстракт и другие.

Литр такого настоя плодов шиповника содержит до 1 000 мг витамина С.

Способ приготовления настоя из кожуры-мякоти (ее дробить не надо) такой же, но при этом плодов шиповника следует брать вдвое меньше — 50 г, а не 100 г.

## Приготовление пищи с сохранением витаминов

В целях максимального сохранения витаминов большое значение имеет правильное приготовление пищи. При очистке овощей надо срезать кожу тонким слоем. Целесообразно варить овощи в кожуре, предварительно их хорошо промыть.

Вода, в которой варились свежие овощи, обязательно используется в пищу, так как витамин С переходит в воду.

При приготовлении пищи овощи следует закладывать в уже кипящую воду и варить только до готовности. Изготовленная пища не должна длительное время подогреваться (стоять на плите, на керосинке).

Капусту, картофель, морковь, лук и другие растительные продукты не следует продолжительно вымачивать в воде, особенно если они мелко нарезаны: достаточно перед приготовлением пищи хорошо промыть их холодной водой.

Баржу пищи следует производить в прикрытом сосуде, по емкости соответствующем количеству пищи, так как кислород воздуха разрушает витамины.

За 10 минут до подачи супа или борща на стол в него следует влиять сок свежих овощей.

При варке овощей нельзя добавлять в воду соду, так как щелочь способствует быстрому разрушению витамина С.

## Приготовление киселя

Ягоды отжимают, отжатые ягоды кипятят с водой, процеживают, добавляют сахар, снова кипятят, прибавляют размешанную в холодной воде картофельную муку, доводят до кипения, снимают с огня и только после этого вливают отжатый сок.

Свежие соки дают ребенку в количестве 50—100 г, настой шиповника — в количестве  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  стакана в сутки; пюре из сухих плодов шиповника — в количестве 2—3 г сухой кожуры.

## ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В АМЕРИКАНСКИХ ЯСЛЯХ

### *B. M. Федяевская*

Питание детей — обязательный раздел работы во всех американских яслях. В яслях снабжают детей необходимым питанием, дают специальное питание ослабленным детям и обучают матерей организации питания детей дома.

Грудников принимают лишь в дневные ясли, и то не во все. Поэтому, говоря о питании, мы будем иметь в виду детей от  $\frac{1}{2}$ —2 до 4—5 лет, т. е. детей обычного в Америке ясельного возраста.

Постановке питания детей придается большое значение. В связи с этим, хотя в основном питанием детей в американских яслях руководит врач, во многих яслях имеется, кроме того, специальный работник по питанию. В других случаях ясли обращаются к специалисту по питанию для составления меню и периодической проверки его. На такого специалиста по питанию иногда возлагается и заведывание яслями. В яслях неотложной помощи нередко эту должность совмещает кухарка. При отсутствии в яслях специалиста по питанию воспитательница должна уметь составлять меню, принимая в расчет и цели питания, и стоимость продуктов. Будущих ясельных работников учат готовить некоторые детские блюда и составлять меню.

Меню составляется заранее и видоизменяется в зависимости от сезона. На основании стандартных продуктов вычисляется распределение калорий пищи. При таком анализе видно, чем можно заменить тот или иной продукт.

Обращают внимание на калорийность и витаминность пищи. На каждого ребенка в яслях в сутки приходится от 1 000 до 1 500 калорий, распределяющихся примерно таким образом: за завтраком 225—350 калорий, за обедом 450—525 калорий, за ужином 350—400 калорий, не считая полдника, приема соков и рыбьего жира. Количество белков в сутки должно равняться от 2,48 до 3,3 г на 1 кг веса ребенка.

Пища детей в значительной степени состоит из молочных продуктов, овощей, фруктов, злаков. Наряду с этим дети получают мясо, рыбу и яйца. В зависимости от материальных возможностей яслей при том же калораже мясо иногда заменяется бобовыми.

Обращается также внимание на наличие в пище витаминов и минеральных солей — кальция, фосфора и др.

Детям в яслях обязательно дают фруктовые соки (главным образом томатный и апельсиновый) и рыбий жир. Для правильного пищеварения и освобождения кишечника ребенок нуждается и в грубой пище — в клетчатке овощей и фруктов, в целых неразмолотых зернах. Все это предусмотрено в пищевом рационе ребенка.

Для большего разнообразия пищи детям дают много блюд, но маленькими порциями. Дети получают ежедневно два вида овощей, кроме картофеля, в том числе и сырье овощи: зеленые бобы, молодую свеклу, капусту, морковь, цветную капусту, сельдерей, репу, помидоры, кабачки и т. д.; особенно полезным считают шпинат, огурцы же и редиска не рекомендуются. Фрукты дают в виде компотов, пюре, а также и сырье. В сыром виде дают яблоки, бананы, апельсины.

Овощи варят недолго, лишь до мягкости, иначе они утрачивают минеральные соли, свой естественный цвет и вкус. Воду, в которой варились овощи, употребляют в кушанье. Овощи предпочитают варить на пару, а не кипятить. Картофель рекомендуют печь так, чтобы кожуру можно было есть. Для увлажнения овощной начинки сандвичей ее смешивают с маслом, соком апельсина, молоком или сливками. Всякое мясо тушат или жарят медленно и подают детям в рубленом или нарезанном виде, так как ребенок еще недостаточно хорошо жует и, кроме того, ему легче в таком виде самостоятельно есть мясо.

Из блюд, часто употребляемых в американских яслях, можно указать на сандвичи, поджаренные в масле ломтики хлеба и кушанья из целых зерен.

Ребенка приучают к разнообразной пище. Новую пищу или нелюбимую ребенком предлагают, начиная с очень маленького количества, например, с чайной ложки, давая ее или перед, или вместе с любимой пищей. Иногда то же самое блюдо, но иначе приготовленное, ребенку нравится.

Ребенку необходимо вводить достаточное количество жидкости. Поэтому в течение дня дети пьют воду, молоко, фруктовые соки. Считается, что ребенок ясельного возраста должен в день выпивать около литра.

Кроме того, ребенок за день выпивает 3—4 стакана воды, как правило, сырой (вода в США обычно фильтрована). Ребенку дают воду сразу по пробуждении, затем по приходе в ясли, в третий раз за пол-часа до обеда и в четвертый раз поздно вечером.

Ребенка с ослабленным питанием подвергают полному обследованию, назначают ему диету, соответствующую его возрасту и особенностям его организма. Иногда эту диету концентрируют, иногда пополняют добавочным завтраком в утренние часы или добавочной единицей во вторую

половину дня. Ребенку назначают дополнительный отдых, увеличивающий длительность его пребывания на воздухе; иногда запрещают подвижные игры.

По отношению ко всем детям считается, что пищу надо подавать в привлекательном виде, чтобы она возбуждала аппетит. Среди мер, способствующих хорошему аппетиту ясельных детей, американцы всегда применяют отдых в 10—15 минут перед обедом (кроме послеобеденного сна). Дети ложатся на раскладушки или цыновки, или спокойно сидят. Иногда они слушают в это время тихую музыку. Такой краткий предобеденный отдых, по наблюдению американских педагогов, очень способствует тому, что дети покойнее сидят за обедом и едят с большим аппетитом<sup>1</sup>.

Показателем правильной постановки питания в яслях является здоровье детей и правильное увеличение их веса и роста. Ввиду этого детей в американских яслях ежемесячно взвешивают и измеряют их рост.

Американские ясли, как правило, дают ребенку примерно полэвашу дневного питания — обед, полдник и фруктовые соки, но они планируют питание ребенка и для яслей, и для семьи. Меню яслей вывешивается, а матерям предлагается примерное меню для изготовления первого завтрака и ужина дома. Считается, что промежутки между едой должны быть достаточно велики, а потому лучше хотя бы одно кормление устраивать дома, в семье. Если же все три кормления проводятся в яслях, что иногда бывает в дневных яслях, то день ребенка слишком загружен едой и подготовкой к ней.

Питание ребенка является естественным стимулом к сближению яслей с семьей. Персонал, ухаживающий за ребенком в яслях, сообщает родителям об аппетите ребенка, об его поведении за едой и т. п. Родители в свою очередь сообщают, что и как ребенок ел дома.

Иногда приглашают родителей в ясли, чтобы показать им, как и чем кормят детей, как подают им пищу. Иногда при родителях и приготовляют пищу.

Кроме работы с родителями по вопросу детского питания, в разных типах яслей существуют некоторые особенности.

В некоторых дневных яслях матери на ночь выдается приготовленное питание для ребенка или же матери не только сообщается, как и чем она должна кормить ребенка, и даются рецепты изготовления пищи, но, кроме того, сестра должна убедиться, что мать сумеет изготовить пищу и что у нее дома имеются все необходимые для этого продукты.

Санитарно-просветительная работа с родителями и педагогическая работа с детьми способствуют привитию им гигиенических навыков.

## ПРАВА И ЛЬГОТЫ СЕМЬЯМ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РЯДОВОГО И МЛАДШЕГО НАЧАЛЬСТВУЮЩЕГО СОСТАВА В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

*М. М. Клячко (Горздравотдел, Москва)*

Исключительной любовью, заботой и вниманием окружена в Советском Союзе героическая Красная армия. Одной из форм проявления этой заботы является многочисленная серия законодательных актов по материальному обеспечению и предоставлению ряда льгот членам семьи

<sup>1</sup> Прфессор Щелованов, один из наиболее крупных авторитетов в вопросе воспитания детей раннего возраста, рекомендует кормить детей до 1 года после сна.

военнослужащих рядового и начальствующего состава Красной армии и Военно-морского флота.

В женские и детские консультации обращаются многие тысячи женщин, мужья которых защищают нашу родину от фашистских орд. На работниках этих учреждений лежит обязанность активно содействовать женщинам реализовать предоставленные им широкие права, помогать устранивать всякие задержки в получении установленных законом пособий и пенсий, проводить постоянную работу по ознакомлению населения с действующим в этой области законодательством.

Основные права и льготы женам красноармейцев и младшего начальствующего состава следующие.

Право на пособие семьям военнослужащих и младшего начальствующего состава Красной армии в военное время установлено Указом Президиума Верховного Совета СССР от 26.VI.1941 г. В силу этого указа и изданной в соответствии с ним инструкции Наркомсобеса от 2.VII.1941 г., утвержденной Совнаркомом РСФСР и Генеральным штабом Красной Армии, правом на пособие пользуются семьи военнослужащих рядового и младшего начальствующего состава, призванных из запаса, а также состоявших на действительной военной службе в военных округах, где прошла мобилизация. Наравне с ними подлежат обеспечению и семьи добровольцев, если за ними не сохранена заработка плата по месту прежней работы.

Размер пособия установлен в следующих суммах: а) при отсутствии в семье трудоспособных лиц выплачивается ежемесячно при наличии одного нетрудоспособного 100 рублей, двух нетрудоспособных — 150 рублей, трех и более — 200 рублей; б) если в семье имеется три и более нетрудоспособных при одном трудоспособном пособие выдается в размере 150 рублей в месяц; в) если в семье имеется двое детей в возрасте до 16 лет при одном трудоспособном, пособие выплачивается по 100 рублей ежемесячно. Размер пособия уменьшается на половину для семей, проживающих в сельской местности и связанных с сельским хозяйством (члены колхоза или другие лица, хозяйство которых облагается сельхозналогом).

При разрешении вопроса о праве на пособие считаются нетрудоспособными состоявшие на его иждивении: а) дети моложе 16 лет, а учащиеся моложе 18 лет; б) братья и сестры в том же возрасте, если они не имеют трудоспособных родителей; в) отец старше 60 лет и мать старше 55 лет; г) жена и родители инвалиды I и II группы независимо от возраста; д) беременная жена в течение 35 дней до родов и 28 дней после родов, если она не получает пособия по временной нетрудоспособности; е) дети военнослужащего, получавшие от него алименты, включаются в число лиц, имеющих право на пособие, назначаемое им на общих основаниях с другими членами семьи; ж) дети жены от первого брака, находящиеся на полном иждивении мобилизованного, получают пособие на общих основаниях.

Состоявшими на иждивении считаются лица, для которых постоянным и основным источником их существования являлась помощь со стороны военнослужащего. В случае проживания членов семьи отдельно от его семьи пособие выдается в размере соответствующей доли общей суммы пособия, назначенной семье. Жена мобилизованного, имеющая детей до 8 лет, считается трудоспособной, если она не является инвалидом I и II группы. При назначении пособий не учитываются живущие с ними трудоспособные члены семьи, не обязанные по закону их содержать.

Заявления о назначении пособия в городах подаются в городские (районные) отделы социального обеспечения с приложением: а) справки военкомата о мобилизации с указанием воинского звания и дня призыва, а для состоящих на действительной срочной службе — справки воин-

ской части; б) справки домауправления о составе семьи с указанием фамилий, имени и отчества, даты рождения, родства и членов семьи, находящихся на иждивении; в) справки ВТЭК о группе инвалидности нетрудоспособных членов семьи.

Семьям мобилизованных, проживающим в сельских местностях, пособия назначаются по спискам, подписанным председателем и секретарем сельсовета и удостоверенным местным райвоенкоматом.

Пособие назначается по месту жительства семьи военнослужащего. Вопросы о назначении пособий разрешаются в трехдневный срок со дня получения заявления от семьи военнослужащего или списка от сельсовета. Выплата пособия производится рай(гор)собесами между 16 и 30 числом каждого месяца за текущий месяц.

Пособия семьям рабочих и служащих, мобилизованных из запаса, назначаются со дня, по который с ними учинен полный расчет по месту работы.

В случае переезда семьи военнослужащего на новое постоянное местожительство отдел собеса выплачивает пособие по день снятия с учета, о чем выдает справку. В новом месте жительства пособие по заявлению семьи выдается с того дня, по который оно было выплачено по прежнему местожительству.

Семьи военнослужащих рядового и младшего начальствующего состава срочной службы, погибших на фронте или при исполнении иных обязанностей военной службы или пропавших без вести в период боевых действий, обеспечиваются пенсиями на основании и в порядке, предусмотренных постановлением СНК СССР от 16.VIII.1940 г. и изданной в его развитие инструкцией НКСО РСФСР от 3.X.1940 г. Круг членов семьи, обеспечиваемых пенсиями в силу указанных законодательных актов, совпадает с кругом лиц, имеющих, согласно вышеизложенному, право на пособие.

Пенсии устанавливаются в следующих размерах: если военнослужащий до призыва работал служащим или рабочим, или членом артели промкооперации или инвалидов и имел среднюю месячную зарплату до 400 рублей, то семьям погибших с одним нетрудоспособным устанавливается пенсия в 35% среднемесячной заработной платы, с двумя нетрудоспособными — 45%, с тремя и более — 60%. При превышении среднемесячной заработной платы в 400 рублей пенсия исчисляется из 400 рублей, а при недостижении 150 рублей пенсия исчисляется из 150 рублей.

При исчислении среднемесячного заработка принимается в расчет заработок за 12 месяцев работы до призыва, а если военнослужащий проработал меньше, то пенсию исчисляют, исходя из среднемесячного заработка за фактически проработанное время.

Семьям военнослужащих, не работавших до поступления на военную службу в качестве рабочих и служащих, пенсия устанавливается при одном нетрудоспособном в размере 50 рублей, при двух — 70 рублей, при трех и более — 90 рублей в месяц, причем таким семьям, проживающим в сельской местности и связанным с сельским хозяйством, пенсия назначается в размере 80% от указанных сумм.

Семьям военнослужащих младшего начальствующего состава срочной службы во всех случаях пенсия назначается на 25% выше. Пенсии назначаются комиссиями при рай(гор)собесах в течение 5 дней со дня получения необходимых документов. Обращение за пенсией сроком не ограничено.

Для получения пенсии семьям умерших и безвестно пропавших военнослужащих необходимо представить следующие документы: а) извещение воинской части о смерти и причинах таковой или справку о безвестной пропаже. б) справку ВТЭК о группе инвалидности нетрудоспособных членов семьи, в) документы о возрасте, родственном отношении

и иждивенстве, г) справку сельсовета (для проживающих в сельских местностях) о связности с сельским хозяйством, д) паспорт или заменяющий его документ, е) документ о возрасте, трудовом стаже и заработке военнослужащего до призыва на военную службу.

Всесторонне ограждаются интересы семей мобилизованных в отношении их жилищных прав. Всякие судебные и административные выселения из жилых помещений членов семей мобилизованных приостановлены. Вся жилплощадь, занимавшаяся мобилизованным, сохраняется в неприкосновенности. Квартплата с семей призванного рядового и младшего начальствующего состава вносится в следующем порядке: а) если в этих семьях нет членов семьи с самостоятельным заработком, то квартплата исчисляется с суммы пособия, причитающегося на долю каждого из нетрудоспособных членов семьи, которым назначено пособие; б) при наличии в составе семьи призванного лица с самостоятельным заработком или трудовым доходом квартплата исчисляется с наибольшего заработка или дохода члена семьи без учета получаемого семьей пособия.

В области трудового и социально-бытового устройства советское законодательство также предоставляет семьям мобилизованных ряд существенных прав и льгот. Членам семей красноармейцев, находившимся на их иждивении, хозяйственные органы обязаны оказывать преимущество в предоставлении наиболее подходящей для них работы. Должность, освободившаяся вследствие ухода работника в Красную армию, должна в первую очередь предоставляться члену семьи, находившемуся на его иждивении, если этот член семьи имеет необходимую квалификацию или если данная работа не требует квалификации. Члены семей красноармейцев, находившиеся на их иждивении, пользуются преимуществом при приеме на курсы и в школы по подготовке и переподготовке кадров и повышению квалификации.

В тех случаях, когда жена мобилизованного получает пособие в связи с его мобилизацией и не работает, плата за содержание детей в детских садах и яслях не взимается. Если же она работает, то плата производится только с суммы ее заработка без учета получаемого пособия.

## МАССАЖ И ГИМНАСТИКА КАК МЕТОД БОРЬБЫ С ДИСТРОФИЕЙ В ЯСЛЯХ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Э. Б. Салистовская

Из Московского областного института оздоровления раннего детства

Экспериментально давно доказано, что массаж и гимнастика укрепляют мышцы и кожу, ускоряют ток лимфы и крови, благотворно действуют на процессы кровообращения, пищеварения, дыхания, на функции нервной системы и на весь обмен веществ. Массаж и гимнастика действуют на все ткани человеческого организма, оживляют все жизненные процессы, укрепляют организм и увеличивают его сопротивляемость.

Необходимость начинать гимнастические упражнения с самого раннего детского возраста уже доказана. Каждодневные систематические гимнастические упражнения по определенному плану очень полезны и необходимы даже грудному ребенку и должны проводиться наряду со вскармливанием и уходом. Ряд авторов справедливо считает, что физическое развитие должно охватить последовательно все периоды жизни

человека и в первую очередь ранний детский возраст. Изучая влияние систематической тренировки на организм человека, они пришли к заключению, что применение ее в раннем возрасте дает более устойчивые результаты.

За рубежом физкультура детей раннего возраста применяется уже очень давно. Регулярную и систематическую гимнастику грудных детей проводили в Америке — Вильнес, в Шотландии — Финдлей и др.

У нас в СССР физкультура раннего возраста начала проводиться в Ленинграде в Институте охраны младенчества и материнства под руководством проф. Тура в 1928 г.

В 1929/30 г. физкультура детей раннего возраста начала проводиться в Москве в Областном институте оздоровления раннего детства, а затем ее стали применять в отдельных учреждениях Москвы и других крупных городов нашего Союза — в Одессе, Киеве, Ростове, Воронеже, Горьком и др.

В основу проводимой у нас физкультуры легла система Нейман-Нейроде. Русскими педиатрами эта система была тщательно проанализирована, проверена на детях, частично видоизменена и дополнена. Некоторые гимнастические приемы были совершенно отменены.

У маленького ребенка массаж и гимнастика большей частью применяются комбинированно. Принимая во внимание особенности раннего возраста — слабость связочного аппарата, легкую ранимость мышц и костей, легкую общую возбудимость, — необходимо очень вдумчиво и осторожно подходить к назначению гимнастического упражнения для ребенка. Никакие насильтственные движения здесь недопустимы. Активные гимнастические движения проводятся только на основе тех двигательных реакций, которые естественно возникают у нормально развивающегося ребенка на первом году жизни, т. е. упражнения должны соответствовать физиологическим возможностям ребенка. Упражнения, неприятные ребенку, ему не назначают. Во время гимнастического сеанса у ребенка должна быть хорошая эмоциональная настроенность: упражнения особенно эффективны тогда, когда они доставляют ребенку удовольствие. Удовольствие само по себе уже является прекрасным тонизирующим средством. К тому же у маленького ребенка неприятное ощущение, выражающееся в плаче, ведет к усилению его спастичности, что делает движения совершенно невозможными.

При назначении упражнений необходим строгий индивидуальный подход к каждому ребенку. Следует учесть физическое состояние ребенка, особенности его развития, состояние его моторики, окружающую его обстановку и пр. Ясно, что назначение гимнастических упражнений и контроль над их проведением так же, как и учет их эффективности, должны осуществляться врачом-педиатром, получившим специальную дополнительную подготовку по физкультуре раннего возраста. Самые же упражнения должны проводиться специально обученной сестрой чрезвычайно точно и правильно.

Физкультура у маленького ребенка применяется как система воспитательной гимнастики. Целью ее является воспитание моторики, дисциплинированности, ловкости, координаций, смелости и общее развитие организма. Воспитательная гимнастика должна составлять одно из основных правил режима ребенка.

Кроме того, физкультура является еще средством терапевтического воздействия на различные патологические состояния ребенка, например, при хроническом расстройстве питания, рахите, анемии, деформации. Возможность применения физкультуры у больного ребенка в конечном счете сводится к вопросу формы и метода проведения упражнений. Надо думать, что по мере накопления опыта, изучения и углубления методики область показаний для применения физкультуры у больных

детей значительно расширяется. Ниже мы остановимся на группе детей с хроническими расстройствами питания.

Физкультурные мероприятия для этой группы детей определяются специфическими особенностями их развития. К последним в первую очередь относится гипертония, а у старших детей — гипотония мышц. Вторая специфическая особенность развития этой группы детей — отставание моторики главным образом за счет нарушения статических функций при стоянии и сидении. В основе такого нарушения статики лежит то обстоятельство, что в этом возрасте кости и мышцы настолько слабы, что не могут удержать тело в вертикальном положении и для осуществления статических функций требуется еще хорошее напряжение тканей (кожи и подкожной клетчатки), хороший тургор, который у гипотрофиков нарушен.

Огромное значение тургора для статики в раннем возрасте отмечает Черни, который сравнивает ребенка с молодым растением, сгибающимся при высыхании, т. е. при потере тургора, в то время как старое растение при том же условии продолжает стоять прямо. В связи с этими особенностями необходимым моментом гимнастического сеанса у гипотрофика является массаж, способствующий развитию нормального тонуса и улучшающий и укрепляющий тургор.

Гимнастические упражнения проводятся в горизонтальном положении. Вначале они назначаются очень осторожно и постепенно и отличаются большой динамичностью. Чем динамичнее упражнение, тем менее утомительно оно для гипотрофика.

Дети, ставшие тяжелыми гипотрофиками после перенесенных кишечных заболеваний, под влиянием массажа и последующей гимнастики поправлялись: у них улучшался аппетит, нарастал вес, очень заметно и быстро улучшалось общее состояние.

В борьбе с гипотрофией очень хорошие результаты от массажа и гимнастики были получены в ленинградской клинике Тура (материал Рысс) и в клинике Маслова (материал Тимофеевой). Московский областной научно-исследовательский институт оздоровления раннего детства в своих отделениях уже давно успешно применяет массаж и гимнастику как метод профилактики и лечения гипотрофии. В 1939—1940 гг. институт перенес свой опыт на периферические учреждения Московской области обычного типа, где для наблюдения были взяты большие ясли в Люберцах, Солнечногорском районе и в Реутове.

Методика работы была следующая. После обследования грудных и ползунковых групп выделяли детей-гипотрофиков, которым и назначали массаж и гимнастику. Предварительно тщательно исследовалось физическое состояние детей и их двигательные умения, учитывались условия вскармливания, ухода, перенесенные заболевания, бытовые условия, культура матери и пр. За детьми, которым был назначен массаж и гимнастика, все время велось тщательное наблюдение, т. е. их очень детально, по специальной схеме, систематически обследовали 1—2 раза в месяц. Для лучшего учета эффективности массажа и гимнастики под наблюдение были взяты контрольные дети, приблизительно одинаковые по возрасту, весу, двигательным умениям, условиям вскармливания, быта и пр., но не получавшие массажа и гимнастики. В некоторых случаях контрольные дети в момент взятия под наблюдение по своему состоянию (весу и моторике) превосходили детей, получавших массаж и гимнастику.

В яслях систематический длительный курс массажа и гимнастики был проведен всего у 89 детей-гипотрофиков, из них к 12 детям были подобраны контрольные дети. Среди этих 24 детей были 2 пары близнецов. Возраст наблюдавших детей был от 1½ месяцев до 1 года 2 месяцев.

Среди детей-гипотрофиков большую группу составляли дети, перенесшие тяжелое или длительное желудочно-кишечное заболевание. В тех учреждениях, где проводились массаж и гимнастика, большее внимание уделялось правильной организации вскармливания, ухода и двигательного режима всех детей.

Все дети, получавшие массаж и гимнастику, хорошо прибавляли в весе, моторика быстро развивалась. Быстро и очень заметно улучшался и эмоциональный тонус этих детей. Уже после 6—7 сеансов настроение ребенка резко изменялось к лучшему: ребенок из вялого, пассивного становился активным, веселым, жизнерадостным.

Приводим несколько кратких историй развития детей.

**Случай 1.** Лида Б. (ясли в Люберцах), состояла на смешанном вскармливании, все время плохо прибавляла в весе. Очень вялая, много плакала. Назначена на массаж и гимнастику в возрасте 4½ месяцев при весе 4 080 г и отставанием в моторике в пределах 1½—2 месяцев. В течение 4 месяцев было проведено 84 сеанса массажа и 6 гимнастики. К 9 месяцам вес девочки дошел до 7 400 г, моторика соответствовала возрасту. Стала очень веселой, активной, жизнерадостной.

**Случай 2.** Валя К. (ясли в Люберцах), состояла на смешанном вскармливании. Назначена на массаж и гимнастику в возрасте 9 месяцев с весом 5 460 г и реакцией (в пределах 3 месяцев) отставанием моторики (не сидела). Была очень вялая, плаксивая, отрицательно настроенным ребенком. В течение 3 месяцев получила 66 сеансов массажа и гимнастики. В 12 месяцев вес девочки был 7 600 г, моторика соответствовала возрасту (делала несколько шагов самостоятельно). Стала спокойной, веселой, жизнерадостной.

**Случай 3** Раи С. (Солнечногорск), назначена на массаж и гимнастику в возрасте 3 месяцев; вес 3 000 г, большое отставание моторики в пределах 1½—2 месяцев (не было опорной реакции, головку не держала). Получила по 15 сеансов массажа в течение 7 месяцев. К 9 месяцам моторика уже соответствовала возрасту, в 9 месяцев вес был 8 100 г, в возрасте 1 года — 8 900 г.

**Случай 4** Володя К. (Солнечногорск), вес при рождении 3 600 г. Назначен на массаж и гимнастику в возрасте 3 месяцев; вес 4 200 г, сильное отставание моторики. В 5 месяцев моторика уже соответствовала возрасту, в 6 месяцев вес был 6 600 г, в 9 месяцев — 8 600. В течение 5 месяцев ребенок получил 150 сеансов массажа и гимнастики.

Эффективность массажа и гимнастики особенно рельефно выявились у детей, проверенных по контрольной группе. У детей, получавших массаж и гимнастику, наблюдалось значительно лучшее развитие двигательных умений, значительно большее нарастание веса и лучшая настроенность, чем у контрольных детей.

Приводим примеры.

Первая пара. Юра К. (Люберцы), назначен на массаж и гимнастику в возрасте 2 месяцев, вес 4 100 г (вес при рождении 3 900 г). Контрольная к нему — Галя Р. с весом 5 570 г. Моторика у обоих детей соответствовала возрасту. Бытовые условия приблизительно одинаковы. Дети находились под наблюдением 9 месяцев. Юра К. все это время тренировался, хорошо прибавляя в весе и моторика его даже несколько превышала его паспортный возраст. В 11 месяцев ребенок уже делал несколько шагов. Вес к этому времени был 8 220 г. Контрольная к нему Галя Р. в весе прибавила значительно хуже и к 6 месяцам начала отставать в моторике. К 11 месяцам вес ее был 7 560 г, отставание в моторике — в пределах 2 месяцев (только начала стоять при держании за руку). Условия вскармливания у обоих детей были почти одинаковые. Перенесенные заболевания одни и те же.

Вторая пара. Регина Т. Взята на массаж и гимнастику в возрасте 6 месяцев с весом 5 550 г (вес при рождении 3 700 г). Контрольная к ней — Галя К. с весом 5 830 г (вес при рождении 3 750 г). Оба ребенка отставали в моторике в пределах 1½—2 месяцев. Дети были под наблюдением 5 месяцев. К 9 месяцам вес Регины Т., подвергавшейся тренировке, начал несколько превышать вес Гали К. и ее моторика начала соответствовать возрасту. К 12 месяцам девочка начала самостоятельно ходить. Вес ее был 8 600 г, моторика контрольного ребенка все время отставала. К 12 месяцам отставание достигло почти 3 месяцев (начала стоять при держании за руку). Вес ее был 8 320 г. Перенесенные за этот период заболевания у обоих детей одни и те же.

Третья пара. Боря К. (Люберцы), назначен на массаж и гимнастику в возрасте 3 месяцев с весом 4 900 г (вес при рождении 4 600 г). Контрольный к нему — Сержа Л. с весом 4 780 г (вес при рождении 3 700 г). Оба ребенка к моменту взятия под наблюдение обнаруживали небольшое отставание моторики. Находились под наблюдением 7 месяцев. Боря К. хорошо прибавлял в весе. К 5 месяцам его мото-

рика соответствовала возрасту. К 12 месяцам он делал первые самостоятельные шаги. Вес его к этому времени был 9 000 г. Контрольный к нему Сережа Л. в весе прибавлял мало и все время отставал в моторике. К 12 месяцам давал отставание в моторике в пределах 2 месяцев. Вес его был 6 950 г.

Интересные данные мы получили на близнецах, поставленных в совершенно одинаковые условия ухода и воздействия. Один из близнецов, и притом наиболее слабый, получал массаж и гимнастику, а другой был контрольным к нему.

Тамара и Галя Б. (ясли в Солнечногорске). Тамара была назначена на массаж и гимнастику 5 месяцев с весом 4 700 г (вес при рождении 2 700 г), при резком отставании моторики — в пределах 2 месяцев. Очень вялая, капризная, бледная. Контрольная к ней — Галя с весом 5 600 г (вес при рождении 2 800 г); моторика ее соответствовала возрасту. Дети были под наблюдением 7 месяцев. К 8 месяцам Тамара догнала Галю в весе и обогнала ее в моторике. К 12 месяцам у Тамары, подвергавшейся тренировке, вес 8 270 г и моторика соответствовала возрасту (начала ходить). У Гали вес 8 120 г, отставание моторики (не ходит).

Большое значение имеет то обстоятельство, что детям, которые вынуждены были проводить продолжительное время в изоляторе, в кровати, что дает, как известно, большой процент гипотрофии и отставания в моторике, назначался массаж и гимнастика; этих детей выкладывали в индивидуальный манеж.

В качестве индивидуального манежа мы рекомендуем деревянный щит, который делается по размеру кроватки, устилается войлоком или цветным байковым одеялом и обтягивается клеенкой. Такой щит вставляется в кроватку и превращает ее в индивидуальный манеж.

Интересно отметить, что в тех учреждениях, где массаж и гимнастика детей проводятся систематически как мера профилактики и терапии гипотрофии (Реутовские и Солнечногорские ясли), дети в ползунковых группах отличаются хорошим физическим состоянием, подвижностью, бодростью и жизнерадостностью.

Таким образом, массаж и гимнастика являются чрезвычайно действенным средством в борьбе с гипотрофией. Массаж и гимнастику можно успешно проводить в любом правильно поставленном детском учреждении города и района.

Для того чтобы проводить массаж и гимнастику в учреждении, врач учреждения должен получить дополнительную подготовку по физкультуре раннего возраста, а сестра должна освоить технику массажа и гимнастики. Желательно иметь в учреждении специально подготовленную сестру для проведения массажа и гимнастики, особенно с ослабленными детьми.

Но там, где это пока по условиям кадров или штатов не представляется возможным, можно перейти на метод группового обслуживания детей, т. е. сестры грудных и ползунковых групп обучаются массажу и гимнастике и каждая из них в своей группе проводит массаж и гимнастику с теми детьми, которые по заключению врача в этом наиболее нуждаются.

Массаж и гимнастику следует проводить систематически, ежедневно (если нет противопоказаний со стороны здоровья), технически правильно, по назначению и под систематическим контролем врача.

Массаж и гимнастика должны быть внедрены в наши детские учреждения и широко использованы как очень эффективный, простой, доступный и приятный ребенку метод профилактики и лечения гипотрофии.

# МАТЕРИАЛЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СЕРОПРОФИЛАКТИКИ КОРИ В ЯСЛЯХ

М. Л. Яблокова

Из Московского городского института бактериологии и эпидемиологии  
(директор И. И. Шатров, зав. эпидемиологическим отделением Е. М. Равикович)

В настоящем сообщении обработан материал о случаях занесения инфекции кори в детские учреждения. Материал этот собран путем специальных обследований и фиксирован совместно с педиатрами детских учреждений и эпидемиологами районов Москвы. Изучены почти все случаи занесения кори в ясли за 1938 г. и за первое полугодие 1939 г. по всем районам города, за исключением трех центральных (Свердловского, Коминтерновского и Кировского). По 127 яслям материал относится к 1938 г., по 78 яслям — к первой половине 1939 г.

Частота заносов. В 1938 г. в 127 учреждениях было 554 случая заноса кори, что составляет за год в среднем 4,4 случая на каждое учреждение. От 1 до 3 таких случаев в год было в 50% учреждений, от 4 до 6 — в 25% учреждений и в 25% учреждений было больше чем 6. В отдельных учреждениях было до 12—16 случаев занесения кори. Причина столь большого различия в частоте случаев занесения кори еще требует своего изучения.

В 1939 г. по 78 учреждениям было 284 случая занесения кори, что составляет 3,6 на каждое учреждение в среднем только в течение первого полугодия. В первом полугодии 1938 г. на каждое учреждение в среднем приходилось по 2,95 случая. Таким образом, в 1939 г. корь заносилась в ясли чаще, чем в соответствующем периоде 1938 г. Это можно объяснить несколько большей заболеваемостью детей корью в 1939 г., а главное тем, что на первое полугодие этого года падает 86,6% годовой заболеваемости. Можно думать, что в среднем за 1939 г. число случаев занесения кори было не больше, чем в 1938 г., несколько иным было только распределение кори по сезонам года. Все же и в 1938 г. большее число случаев занесения кори падает на первую половину года, вследствие того что и количество заболеваний корью в первую половину года значительно превышает заболеваемость второй половины (65,1%).

В связи с сезонным распределением заболеваний расход сыворотки за первое полугодие составлял в 1938 г. 55%, в 1939 г. 67% всего годового расхода.

Учитывая указанное среднее число случаев занесения кори в ясли (около 4), можно при планировании работы эпидемиологов заранее предусмотреть количество возможных первичных обследований яслей по этому поводу. Если занесение кори сопровождается дальнейшим ее распространением, эпидемиолог обычно посещает ясли только 1 раз. Таких единичных случаев по материалам 1938 г. было 46% (255 из 554), а по материалам 1939 г. — 51,7% (147 из 284). Следовательно, повторные посещения в связи с распространением кори в яслях эпидемиологу приходится делать в 50% всех случаев. Таким образом, по поводу кори на каждые ясли приходится 5—6 посещений эпидемиолога в течение всего года.

Среднее число привитых детей. В обследованных нами учреждениях было подвергнуто серопрофилактике 13 624 ребенка в 1938 г. и 6 443 ребенка за первую половину 1939 г. В среднем при каждом случае занесения кори прививки делались 22—25 детям. Очень близкое к этому число (19) приведено и в работе Е. М. Равикович и Е. А. Пивоваровой, изучавших выборочно отдельные случаи занесения кори в ясли за 1935—1936 гг. Эти цифры соответствуют примерно списочному числу детей

в одной группе. Следовательно, в случаях занесения кори в ясли Москвы прививка чаще всего производится только в одной группе. Это является прямым указанием на то, что в борьбе с корью, кроме улучшения серопрофилактики, в яслях применяется также изоляция групп.

Случаи занесения кори, не давшие распространения. Выше уже указывалось, что в 1938 и в 1939 гг. в половине всех случаев занесения кори болезнь эта не имела дальнейшего распространения.

Нам удалось собрать точные данные о 264 таких случаях (165 случаев — в 1938 г. и 99 случаев — в 1939 г.). 30% этих случаев (81), т. е. около 10% всего нашего материала, составляют такие, когда заболевший корью ребенок был в последний раз в группе за 5 и больше дней до появления сыпи. Следовательно, весь продромальный период ребенок провел дома и не мог инфицировать группу. Тем не менее в ряде случаев врачи все же подвергают эти группы прививкам, совершая таким образом явную ошибку. Некоторые допускают еще большую ошибку, применяя в этих случаях повышенную дозу — 50—60 см<sup>3</sup> сыворотки, рассуждая, что из-за давнего контакта (заболевший ребенок отсутствовал уже больше 5 дней) требуется введение большей дозы (123 случая из 1 623). Оказалось, что за 1½ года это привело к совершенно напрасному расходованию 50 л сыворотки, травмированию уколами 1 623 детей и карантинированию групп на 2 268 (28 × 81) дней. В 1939 г. число таких прививок значительно сократилось: в 1938 г. они составляли 8,7% всех прививок, а в 1939 г. — 6,7%.

Далее следуют случаи занесения кори, когда имел место «сомнительный контакт», когда ребенок как источник инфекции был в группе за 4 дня до появления у него сыпи. В этих случаях согласно инструкции врач должен производить прививки, но дальнейшего распространения кори при таких случаях мы не наблюдали. Из 59 подобных случаев, отмеченных в нашем материале, 3 заболевших детей были в группе последний день с температурой до 39° и все же не вызвали повторных заболеваний. Очевидно, у них заболевание корью совпало с гриппом.

При обследовании яслей были случаи (13), когда врачи указывали на распространение кори после удаления ребенка за 4 дня до появления у него сыпи. По поводу 8 из них удалось найти всю документацию и подвергнуть ее анализу. Выяснилось, что первым днем появления сыпи врачи детских учреждений считали день установления диагноза, который фактически приходился на 3—4-й день со времени появления сыпи. В нескольких случаях последний день пребывания ребенка в группе был неверно отмечен в ясельном журнале. Найдены указания, что уже после удаления из группы дети в продромальный период приходили в ясли на прием к врачу в приемную группы, т. е. встречались с детьми группы, будучи уже больными.

Довольно много прививок делают по поводу подозрения на корь, которая потом не подтверждается (таких 9%).

Дальше идет значительная группа случаев занесения кори, когда безусловно имел место контакт в 1—4 дня, но дальнейшего распространения болезни не было (99). Частично это могло оказаться результатом раннего введения сыворотки — на 3—4-й день инкубации<sup>1</sup>. Затем были случаи занесения кори в группы грудных детей, у которых доза в 30 см<sup>3</sup> нередко полностью купирует корь. Наконец, сюда же попадают случаи ошибочно диагностированной кори, чем объясняется нередкое появление случаев «повторной» кори у детей, числящихся переболевшими.

<sup>1</sup> Для исчисления срока прививок 1-й день появления сыпи у ребенка, являющегося источником занесения кори, принят за 4-й день инкубации у детей, имевших контакт с заболевшими корью.

Длительность карантина. Корь, занесенная в группы, но не давшая распространения, повлекла за собой карантин в 28 дней для вновь поступающих детей. При появлении повторных заболеваний карантин удлинялся в зависимости от количества случаев и продолжительности инкубационного периода у повторно заболевших. Чаще всего повторные заболевания появляются по прошествии классического инкубационного периода в 10—14 дней. Предельные сроки инкубации — 21—28 дней — встречаются сравнительно редко.

Суммарные данные о длительности карантина по поводу 100 случаев занесения кори, давшей распространение, относительно которых удалось получить точные данные о первом дне появления сыпи у контактировавших, представлены в табл. 1. В их число вошло несколько случаев занесения кори при одновременных массовых заболеваниях детей, которым не были сделаны прививки вследствие того, что первые случаи были пропущены. При большом числе заболеваний (12 и больше детей в группе) карантина было всего 52 дня.

Таблица 1. Длительность карантина в яслях и число заболевших

Число повторных случаев кори	Число случаев занесения кори	Длительность карантина в днях	
		общая	средняя
1—2	29	От 34 до 58	45
3—5	26	» 38 » 73	51,4
6—10	32	» 40 » 109	60,4
11—24	13	» 52 » 144	76

Повторные заболевания корью незначительно удлиняют карантин в группе. После первого заболевания группа карантинируется на 28 дней; 1—2 последующих заболевания вызывают дополнительный карантин в 17 дней, 3—5 заболеваний — в 23 дня, более массивные вспышки кори, в 6—10 последующих заболеваний, затягивают карантин на 32 дня. Длительный карантин на  $2\frac{1}{2}$  месяца устанавливается редко и обычно при очень большом количестве заболеваний, как 12—24, т. е. почти всей группы.

При правильной организации карантин может и не вызывать прогула коек. В Москве в борьбе с прогулами коек проводится ряд мероприятий: 1) в карантинные по кори группы на свободные места переводят из чистых групп детей, переболевших корью, а на их места принимают новых детей; 2) детей в карантинных группах, не находившихся в контакте с коревым больным, переводят в чистые группы этих же яслей, а иногда и в другие ясли; 3) в карантинных группах для детей,

Таблица 2. Повторные прививки по поводу затянувшихся карантинов кори

Годы	Прививка	Доливка		Дозировка при повторных прививках (доливках)					
				20 см <sup>3</sup>		30 см <sup>3</sup>		40—60 см <sup>3</sup>	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1938	13 624	1 333	9,7	305	22,9	1 015	76,1	13	1
1939	6 543	1 017	15,5	275	27,1	688	67,6	54	5,3

заболевших легкой формой кори, в этих же яслях открывается стационар, где больным детям обеспечивают хороший уход. Стационар этот должен быть полностью изолирован от яслей.

В случаях затянувшегося карантина часть детей получает прививку повторно (так называемая доливка).

Процент повторных прививок в 1939 г., как это видно из табл. 2, оказался более высоким, чем в 1938 г. Отчасти это явилось следствием проведения повторных прививок детям при последующих контактах не через 28—30 дней, а через 21 день, например, когда учреждение выезжает в период карантина на дачу, где нет надлежащих условий для госпитализации заболевавших даже легкой формой кори детей, если дальнейшие заболевания протекают в тяжелой форме, при появлении в карантинированной группе новых инфекций в период карантина. Но в основном увеличение числа повторных прививок надо отнести за счет улучшения работы врачей-педиатров. Дозировка при повторном введении сыворотки не соответствует инструкции. Доза в 20 см<sup>3</sup>, установленная инструкцией, применялась только в 22% случаев в 1938 г. и в 27% случаев в 1939 г. В громадном большинстве случаев вводится 30 см<sup>3</sup>, а иногда и больше — от 40 до 60 см<sup>3</sup> сыворотки. Правильно ли предусмотрены в инструкции Наркомздрава СССР сроки повторных прививок через 28—30 дней? Приводим наш материал в табл. 3.

Таблица 3. Распределение заболевших по интервалам между датой первого дня появления сыпи у первого заболевшего и у последующих

Интервал между датой 1-го дня появления сыпи у ребенка, являющегося источником заболевания и у заболевших в дальнейшем	Заболевшие	
	абс. число	%
10—13 дней	138	31,8
14—21 день	150	34,5
22—27 дней	51	11,7
28—30 дней	30	7
31—54 дня	65	15

Таблица 4. Повторные прививки по поводу новых случаев занесения кори

Число учреждений	Число привитых детей				
	всего	в том числе			
		1 раз	2 раза	3 раза	4 раза
34	3 685	2 710	776	175	24
—	—	(73,5%)	(21,1%)	(4,8%)	(0,6%)

На 54 случаях занесения кори мы детально проследили, в какие сроки от 1-го дня появления сыпи у первично заболевшего ребенка (источника заражения) заболевают следующие дети и в какой форме у них протекает корь.

Вся масса последующих заболеваний наступает в первые 3 недели к 28—30-му дню заболевает 85% всех детей. Процент тяжелых форм среди привитых составляет 3,5 и не увеличивается после 3-й недели. Отсюда вытекает, что оснований к пересмотру сроков проведения повторных прививок пока нет.

Повторно привитые. Кроме повторно привитых по поводу затянувшихся карантинов, имеется группа привитых по нескольку раз вследствие повторных заносов кори в учреждения. По техническим причинам этот материал собран и обработан только по 34 яслям (табл. 4).

Повторно привитых детей не так много, так как при применении в основном дозировок в 30 см<sup>3</sup> около 20% детей заболевают при первом же контакте. Иное получается в учреждениях, применяющих большие дозировки и прививающих детей, не имевших контакта. Например, в одних яслях (№ 55) из 78 детей, пребывавших в них от 3 месяцев до 2 лет, 62 ребенка подвергались прививкам; только 15 из них прививка была сделана по 1 разу (20%), 23 детям прививка сделана 2 раза (37%), 23—3 раза (37%) и 1 ребенку — 4 раза.

### Выводы

1. Работа по серопрофилактике кори в яслях Москвы улучшается из года в год, что характеризуется следующим: а) уменьшением числа прививок детям, не контактировавшим с заболевшими; б) увеличением числа повторных прививок и проведением их в правильные сроки; в) работой по созданию изоляции отдельных групп, дающей возможность при заносе кори в детское учреждение прививать в среднем только детям одной группы.

2. При улучшившейся работе по серопрофилактике остаются еще следующие недочеты: а) прививки детям, не имевшим контакта в группах, в которых ребенок, явившийся источником заболевания, был последний раз за 5 и больше дней до появления сыпи на лице, б) большие дозы при повторных прививках, в) ошибки в диагностике, г) пропуски первого заболевания.

3. На каждое детское учреждение в среднем приходится в год около 4 случаев занесения кори, частота их в разных учреждениях колеблется от 1 до 17 случаев. В первом полугодии число случаев занесения кори было больше, чем во втором, что связано с сезонным распределением заболеваемости и приводит к большему расходу сыворотки в первое полугодие.

4. При планировании работы эпидемиолога органам здравоохранения надо предусмотреть необходимость обследования каждого детского учреждения не менее 5—6 раз в год по поводу случаев занесения туда кори.

5. Заболевания среди привитых детей возникают преимущественно в первые 3—4 недели после первого случая, незначительно удлиняя карантин. Прогул коек и вынужденные прогулки матерей на производстве вследствие карантинов по кори могут быть доведены до минимума следующими мероприятиями, проводимыми в Москве: а) укомплектованием карантинных групп переболевшими детьми, контактировавшими дома; б) переводом детей, не попавших в контакт с коревым больным, в чистые группы; в) открытием в яслях временных стационаров для детей с легкой формой кори.

6. Согласно нашему материалу, нет оснований сокращать сроки для повторных прививок по поводу затянувшихся карантинов с 28—30 дней до 21 дня.

# ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МАЛЫМИ ДОЗАМИ СУЛЬФИДИНА ДЕТЕЙ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ

Е. Перчихина

Предварительное сообщение из Симферопольской железнодорожной больницы  
(нач. больницы — заслуженный врач А. Л. Рищес)

За время с 20.II по 8.IV.1941 через железнодорожную больницу прошло 11 детей, болевших пневмонией, и двое лечились в консультации; всего лечилось сульфидином 13 детей. Из них четверо были больны крупозной пневмонией, четверо — переходной формой, фокальной, по классификации проф. Сперанского, и пятеро — бронхопневмонией.

По возрасту: от 0 до 1 года было 8 детей, от 1 года до 2 лет — трое, от 2 до 3 лет — один и от 3 до 4 лет — один ребенок.

Один был помещен в больницу на 2-й день заболевания, двое на 3-й день, трое — на 5-й, двое — на 6-й, один — на 7-й, один — на 12-й и один — даже на 19-й день заболевания пневмонией. Из них 4 детей были доставлены в больницу в тяжелом состоянии с расстройством сердечной деятельности, цианозом, глухими тонами сердца, очень затрудненным дыханием со втягиванием межреберных промежутков и раздуванием крыльев носа. У большинства детей температура была высокая ( $40^{\circ}$  и выше), у остальных не ниже  $39^{\circ}$ . В больнице всем детям, как правило, делали анализ мочи и общий анализ крови, а также производили рентгеновское обследование. В 3 случаях в результате общей интоксикации организма в моче был обнаружен белок, который с улучшением общего состояния ребенка быстро исчезал. У одного ребенка в первые дни лечения сульфидином наблюдалось уменьшение мочеиспускания, но затем количество мочи пришло к норме. Анализ крови во всех случаях пневмонии дал лейкоцитоз; у маленьких детей до 1 года лимфоциты составляли больше половины всего количества лейкоцитов, у детей старше 2 лет преобладало количество сегментированных. Лейкопения ни у кого не было, не наблюдалось также за все время лечения гематурии и агранулоцитоза.

Рентгеноскопия только у 2 детей обнаружила неинтенсивное затемнение средних отделов легких, у остальных же детей наблюдалось только увеличение бронхиальных желез.

Питание. Грудные дети получали материнское молоко и прикорм: манную кашу, овощной суп, кефир. Старшие дети получали молочно-растительную протертую пищу, добавочно молоко, яйца, масло. Один ребенок,  $6\frac{1}{2}$  месяцев, получал искусственное питание из молочной кухни. С падением температуры на 2—3-й день лечения сульфидином аппетит обыкновенно улучшался. В начале заболевания при высокой температуре дети отказывались от груди, после же падения температуры охотно брали грудь.

Лечение. Детям, доставленным в больницу с пневмонией, тотчас применяли сульфидин. В большинстве случаев (у 9 детей) температура в первые же сутки критически падала и больше уже не поднималась. Детям, доставленным в тяжелом состоянии, в первую же ночь делали инъекцию камфоры, давали кислород; один ребенок был так плох, что ему еще в консультации, до отправления в больницу, была сделана инъекция камфоры и гемотерапия. На 2-е, 3-и сутки общее состояние детей настолько улучшалось, что все эти назначения отменялись. Сульфидин мы давали в значительно меньших дозах, чем применяемые в детских клиниках Москвы, Ленинграда, Харькова, Киева (по литературным данным) и в детской клинике Института им. Сталина (Симферополь), где сульфидин назначается по 0,2 на 1 кг веса. Мы давали

в 1-е сутки старшим детям (от 2 лет) по 0,2 через 4 часа круглые сутки и на 2-й день по 0,1 через 4 часа (6 раз). Детям до 1 года мы давали по 0,1 через 4 часа круглые сутки и на 2-й день — 3 раза по 0,1. После падения температуры сульфидин давали еще дня два, не дольше. В 2 случаях рецидива сульфидин давали повторно. В других 2 случаях вначале применяли белый стрептоцид, а затем перешли на лечение сульфидином, так как улучшения не наступило.

Лечение проводилось только сульфидином, без комбинации с другими методами, и единственno, что мы еще при этом употребляли, — это горчичные обертывания 2 раза в день. Осложнений у детей не было.

Средняя продолжительность пребывания ребенка в больнице — 10 дней. Трое детей пробыли всего по 7 дней, а 1 ребенок 16 дней. Все выздоровели. В среднем на каждого ребенка израсходовано 1,75 сульфидина. Больше всего получил сульфидина ребенок с тяжелой формой крупозной пневмонии — 3,9.

Общее впечатление от лечения пневмоний сульфидином хорошее. Ко 2-му дню, несмотря на то, что в легких еще прослушивается много крепитирующих и влажных хрипов, происходит дезинтоксикация организма, дыхание становится более редким и глубоким, ребенок веселее, у него появляется аппетит (особенно ярко это проявляется у детей до 1 года). Процесс разрешения пневмонии также ускоряется, и на 4—5-й день влажных хрипов уже значительно меньше, а к 7-му дню они совершенно исчезали. Тошноты, рвоты, сыпи, на которые указывают Метлицкая и Пономарев из Московской факультетской клиники проф. Лебедева, не отмечалось, как не было и других токсических явлений.

### Выводы

Ввиду настойчивых литературных указаний на возможность отдаленных последующих осложнений от применения больших доз сульфидина в виде камней почек и пузыря, мы под руководством д-ра Ришес с самого начала применяли сульфидин по 0,1 на 1 кг веса ребенка и даже меньше; результат получился неплохой. Может быть, большое значение имело то, что почти все наши дети (за исключением двух) были эйтрофики. Поздний срок поступления в больницу не отразился на течении заболевания. Отсюда сам собой напрашивается вывод: применять дозировку не только по весу ребенка, как это указывают все клиники Москвы и Ленинграда, но и соответственно конституции ребенка и тяжести заболевания: ребенку слабому, гипотрофику, надо давать большую дозу, соответственно тому, как это проводится при лечении дифтерии сывороткой и при противокоревых прививках; детям-эйтрофикам до 1 года совершенно достаточно давать по 0,1 на 1 кг веса.

От редакции. Приведенные данные успешного применения малых доз сульфидина при лечении пневмонии у детей заслуживают внимания. Желательно, чтобы практические врачи высказали свое мнение и поделились своим опытом по затронутому вопросу.

# БОРЬБА С ЖЕНСКОЙ ГОНОРРЕЕЙ В КОНСУЛЬТАЦИЯХ ДЛЯ ЖЕНЩИН

Д-р А. Н. Ефимова

Из Государственного центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института НКЗдрава СССР (директор Е. Е. Полоцкий)

Заболевание женщин гонорреей во время беременности встречается относительно редко.

Однако практика показывает, что и во время беременности женщина может заразиться острой гонорреей. Известно также, что беременность нередко сопровождается обострением ранее перенесенной гонорреи.

В результате недостаточного внимания к своевременному обнаружению гонорреи у беременных мы все еще встречаемся в единичных случаях с бленорреей глаз новорожденных, с осложнениями во время беременности, родов и в послеродовом периоде, не говоря уже о том, что гоноррея у женщины делает ее социально опасной как источник заражения других.

Циркуляр и инструкция НКЗдрава СССР от 31.III.1939 за № 03-15/48 указывают, что борьба с гонорреей требует активного участия гинекологов и акушеров, работающих в родильных домах, в женских консультациях, гинекологических кабинетах и стационарах. Средний медицинский персонал также должен быть знаком с методикой взятия мазков, что в дальнейшем значительно облегчит работу врача.

Диагностика гонорреи у беременных затрудняется тем обстоятельством, что не все методы могут быть у них применены. Так, например, методы провокации, требующие манипуляций в цервикальном канале, противопоказаны, так как они могут вызвать прерывание беременности. Положительный результат реакций Борде-Жанту при беременности не всегда дает право признать наличие гонорреи, так как он может быть объяснен биохимическими и биофизическими изменениями крови в зависимости от беременности. Недавно предложенная реакция Фейгеля с гонококковым антигеном, несомненно, будет большим подспорьем и может быть применена во время беременности.

Исследования Майзеля и Руднева показали, что с диагностической целью после 4 месяцев беременности можно вводить вакцину в слизистую влагалища (50—100 млн. микробных тел в 1 см<sup>3</sup>); для этого метода противопоказаны случаи с наклонностью к abortu.

В настоящей работе мы хотим поделиться тем небольшим опытом, который мы имеем, и результатами, полученными нами в борьбе с гонорреей.

В январе 1939 г. для борьбы с женской гонорреей при женской консультации № 15 был организован кабинет, связанный с районным дермато-венерологическим диспансером, с Ленинградским дермато-венерологическим институтом, с родильными домами и с врачами-акушерами консультации № 15.

Все беременные, ранее находившиеся на учете дермато-венерологического диспансера, направлялись по наряду к нам для продолжения лечения и наблюдения как в течение беременности, так и во время послеродового периода (до окончания послеродового декретного отпуска).

Все больные, находящиеся на учете нашего кабинета, по окончании послеродового периода направляются по наряду в диспансер, где вновь становятся на учет. В случае обнаружения гонорреи у беременной в диспансер посыпают извещение об источнике заражения. Если больная гонорреей нуждается в госпитализации как социально опасная, ее направляют в стационар Ленинградского дермато-венерологического ин-

ститута; туда же направляют работников яслей и детских садов, заболевших гонорреей.

Связь нашего кабинета с родильными домами осуществляется путем внесения в карточку беременной записи о характере заболевания и о проведённом лечении с подробным описанием бактериоскопического анализа мазка, взятого приблизительно не ранее 2 недель до родов. Стационар в свою очередь делает отметку о течении родов, послеродового периода, а также о состоянии новорожденного, после чего карточка возвращается в кабинет женской консультации.

Наиболее тесна связь кабинета с врачами-акушерами консультации № 15, которые направляют в кабинет всех беременных, заявивших о перенесенных юми или их мужьями воспалительных процессах мочеполового аппарата, жалующихся на бели или клинически подозрительных на гоноррею.

### Методика обследования беременных

У всех беременных, направленных в кабинет, тщательно собирается специальный анамнез, производится наружный осмотр, берутся мазки и производится исследование.

При собирании анамнеза необходимо обращать внимание на то, который это брак по счету, отмечала ли беременная какие-либо изменения в мочеполовом аппарате после замужества, как скоро наступила первая беременность, каково было течение родов, послеродового (послеабортного) периода, не было ли бленорреи глаз у новорожденного, болел ли муж, профессия мужа.

При осмотре наружных половых частей необходимо обращать особое внимание на уретру с парауретральными ходами и каналами Скене, а также на протоки бартолиниевых желез. Обязателен осмотр в зеркалах влагалищной части шейки матки.

Мазки берутся из уретры, парауретральных ходов, каналов Скене, протоков бартолиниевых желез и шейки, т. е. из мест, где клинически наиболее часто локализуется гоноррейный процесс. Выделения для исследования не следует брать гибкой платиновой петлей, так как гонококки находятся не в поверхностных слоях излившегося секрета, а глубже, ближе к подэпителиальному слою. Наиболее приемлема для этого ложечка Аша и овальные ложечки, которыми пользуются в оторинологической практике.

Участок, из которого берется мазок, предварительно протирают ватным шариком, смоченным в растворе Спасокукоцкого, а затем сухим ватным шариком. Этим достигается удаление выделений, обнаруживаемых в момент раскрытия половой щели.

При взятии мазков из уретры предварительно производится массаж задней стенки ее для выдавливания секрета из глубины складок, парауретральных ходов и каналов Скене. Затем легким поскабливанием ложечкой берутся мазки из нижней трети уретры, из отверстий парауретральных каналов и желез Скене и отдельно из каждого отверстия. Манипулировать ложечкой нужно осторожно, чтобы не травмировать слизистой оболочки.

Особенно тщательно выдавливают секрет из протоков бартолиниевых желез.

Затем во влагалище вводят зеркало Куско и вначале берут выделения для исследования на присутствие *trichomonas vaginalis*.

Мазки на трихомонады исследуют тотчас же в кабинете, для чего на предметное стекло наносят ложечкой выделения, взятые из влагалища, к ним прибавляют 2—3 капли физиологического раствора, препарат покрывают покровным стеклом и исследуют под микроскопом.

После взятия мазка для исследования на трихомонады влагалище, шейку и наружный зев тщательно обсушивают сухим ватным шариком. Цервикальный канал не подвергается специальной обработке. Мазки добывают посредством легкого поскабливания стенок в области наружного зева без фиксации шейки пулевыми щипцами. Мы брали мазки также и из прямой кишки.

На предметное стекло наносят до 4 мазков полученного материала, каждый мазок наносится на стекло, помеченное начальной буквой того места, откуда он взят: У—уретра, Ри—парауретральные ходы, Ск—скеневский канал, В.е.д.с—бартолиниевый проток правый, левый, С—шейка, В—влагалище, К—прямая кишка.

Наличие гонококка в мазках дает право поставить диагноз гонорреи. Отсутствие гонококка даже при повторном исследовании не говорит еще против гонорреи, если клиническая картина и соответствующие анамнестические данные говорят о перенесенной гоноррее.

Беременных, в мазках которых был обнаружен гонококк или грам-отрицательный диплококк, морфологически сходный с гонококками Нейссера, берут на учет. На них составляют диспансерную карточку и подвергают лечению.

В случае неявки больной в назначенный срок ее вызывают письмом или направляют к ней патронажную сестру.

В тех случаях, когда в мазках был обнаружен лейкоцитоз и грам-отрицательные диплококки или много сегментированных лейкоцитов при отсутствии микрофлоры, у беременных производится повторное исследование мазков с использованием вспомогательных диагностических методов, т. е. так называемой провокации, для обострения процесса. Из многих методов и способов провокаций мы применяли только химическую провокацию посредством 2% раствора азотнокислого серебра. Цервикальный канал провокации не подвергается во избежание преждевременного прерывания беременности. Провокация производится в течение 5 дней подряд. В первый день берут мазки (вышеописанным способом), затем делают инстилляцию 2% Sol. Argenti nitrici в уретру (посредством трубочки для промывания ран) и в прямую кишку (клизменный наконечник с маленьким резиновым баллоном); во влагалище провокация вызывается посредством 5-минутной ванночки из 2% Sol. Argenti nitrici по Менге. На второй день повторяется та же процедура, причем сначала берут мазки, затем проводят провокацию. Последующие 3 дня подряд берут только мазки.

В случае обнаружения гонококка беременную берут на учет и подвергают лечению. Если и после провокации гонококк не найден, но клинические и анамнестические данные говорят за гоноррею, беременных все-таки подвергают лечению и берут под наблюдение.

Реакция Борде-Жангу проводилась у всех женщин, подвергавшихся специальному исследованию на гоноррею.

Лечение нами применялось главным образом местное препаратами серебра, первоначально в более слабых, а затем в более крепких растворах. Например, инстилляция производилась в уретру и в прямую кишку; во влагалище, в виде ванночки по Менге, промывания и спринцевания. Цервикальный канал лечению не подвергался.

Спринцевание влагалища мы проводили раствором сулемы 1 : 2 000.

Манипуляции производились каждый день в течение первого месяца под бактериологическим контролем (мазки брались через каждые 2 недели). В тех случаях, когда отмечалось улучшение и бактериоскопически, и клинически, т. е. когда в мазках гонококков не было, наблюдалась обильный или умеренный лейкоцитоз, грамположительные и грамотрицательные диплококки, количество выделений уменьшалось, большую переводили на лечение два-три раза в неделю. Когда в контрольных мазках отмечался скучный или единичный лейкоцитоз, грамополо-

жительная или грамотрицательная полиморфная флора (преимущественно палочковидная) при отсутствии жалоб на бели, лечение прекращали и больную отпускали на так называемую «фазу загрязнения». По истечении указанного срока брали мазки; если изменений не обнаруживалось, больную опять отпускали на месяц, по истечении которого вновь брали мазки.

Такое наблюдение продолжалось до поступления беременной в родильное отделение.

Если бактериоскопически и клинически было обнаружено ухудшение, лечение проводилось повторно до получения отрицательных бактериоскопических и клинических данных. Мы наблюдали 3 беременных, у которых после контрольных мазков лечение пришлось повторить.

В особо упорных случаях мы применяли рег ос белый стрептоцид. В одном случае у больной был тяжелый двусторонний бартолинит с абсцессами, в другом — упорно держался гонококк в мазках без особых клинических симптомов. И в том, и в другом случае мы все-таки получили улучшение. Абсцессы бартолиниевых желез быстро стали рассасываться и вновь не появлялись, в 1 случае гонококк исчез.

Всего на курс лечения было назначено 24 г стрептоцида в течение 11 дней из расчета по 0,6 четыре раза в день в первые 7 дней и по 0,6 три раза в день в последующие 4 дня.

Обе больные в последние 2—3 дня отмечали головную боль и тошноту. Трихомонадные колпипты лечили обычным образом. Применялся 25% раствор NaCl, сулема 1 : 2 000 (в кабинете) или шарики.

Послеродовой период у большинства больных протекал нормально, у 4 была субфебрильная температура, у 3 — субинволяция, у 1 — цистит и у 2 — эндометрит (в 1 случае в мазках упорно держался гонококк Нейссера, больная получала стрептоцид; вторая больная болела гонорреей до беременности, лечилась, во время беременности гонококк Нейссера обнаружен не был, но клинически были обнаружены обильные выделения и небольшая эрозия на шейке матки; женщина была признана больной и прошла курс лечения, который закончила за 2 месяца до родов).

Бленореи у новорожденных не было, но в 4 случаях имелось на гноение в одном глазу, причем в одном случае в мазках был обнаружен пневмококк, а в другом — диплококк; в 2 случаях микрофлора отсутствовала.

# ОФИЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

## **НАРКОМЗДРАВАМ СОЮЗНЫХ РЕСПУБЛИК И АССР, ОБЛЗДРАВОДЕЛАМ**

20.VIII. 1941 г. № 01-1-8/55

В связи с эвакуацией детей и матерей из угрожаемых районов в некоторых республиках и областях значительно увеличилась численность детского населения и детских учреждений, что возлагает на местные органы здравоохранения весьма ответственные задачи:

- 1) обеспечить возросшее детское население лечебно-профилактической помощью.
- 2) не допускать распространения детских инфекционных заболеваний.

Вместе с эвакуированным населением прибывает на места и медицинский персонал (врачи, фельдшерицы, медицинские сестры), что дает возможность органам здравоохранения указанных республик и областей укомплектовать незамещенные штатные должности в медицинских учреждениях и реализовать приказ НКЗдрава СССР № 222 от 24.V.1941 г., который в условиях военного времени приобретает еще большую значимость.

Для обеспечения детского населения лечебно-профилактической помощью и проведения мероприятий по борьбе с распространением детских инфекций, необходимо:

1. Обеспечить в городах медицинской помощью на дому первично заболевших, лихорадящих детей.

Инфекционных больных до госпитализации их в стационар, а также неинфекционных, лихорадящих, обеспечивать повторными посещениями на дому, не допуская посещений амбулаторий такими больными.

Обеспечить быструю сигнализацию и исчерпывающее проведение серопрофилактики кори.

2. Привлечь к обслуживанию больных детей на дому при недостатке педиатров, других врачей, фельдшеров, фельдшериц, а для повторных посещений нетяжелых больных опытных медицинских сестер, организовав работу среднего медицинского персонала под руководством врачей.

3. Для приближения лечебно-профилактической помощи к детям организовать прием детей в поликлиниках и амбулаториях для взрослых (по возможности в специально выделенном помещении), возложив на них и оказание медицинской помощи на дому больным детям.

4. Каждой детской консультации необходимо взять на учет всех вновь прибывших на ее территорию детей до 3 лет и обеспечить усиленный патронаж детей эвакуированного населения, особенно в домах размещения их (общежитиях, бараках и пр.).

Вменить в обязанность патронажным сестрам организацию среди матерей широкой взаимопомощи по уходу за детьми (организацию детских комнат в общежитиях, прогулочных групп, детских площадок).

5. Усилить внимание к своевременному проведению оспопрививания.

6. Провести силами всех медицинских учреждений повседневную массовую санитарно-просветительную работу среди населения, фиксируя особое внимание на мерах предупреждения острых инфекционных заболеваний.

7. Провести силами всех медицинских учреждений своевременную и полную прививку против дифтерии детям, охватив поголовно всех детей от 1 до 8 лет как в детских коллективах, так и вне их.

8. Организовать самодеятельность населения, как местного, так и вновь прибывшего (выделение санитарных уполномоченных дворов, кварталов, санитарные посты и т. п.), для оздоровительной работы, используя для этого опыт геокчайского движения.

9. Обеспечить полностью госпитализацию детей, больных острыми детскими инфекциями (склератина, дифтерия, дизентерия, осложненные случаи кори).

10. Добиться через местные органы выделения молочным кухням добавочных фондов молока и диетпродуктов для питания грудных детей эвакуированного населения.

Расширить деятельность молочных кухонь, организуя при необходимости их работу в две смены.

Организовать при консультациях, яслях, аптеках, на станциях железных дорог, пристанях и других местах широкую сеть раздаточных пунктов молочных кухонь для приближения продуктов детского питания к населению.

11. Обязать городские и районные отделы здравоохранения обеспечить повседневным медицинским надзором и систематическим врачебным наблюдением детские

интернаты системы Наркомпроса, вменив в обязанность медицинскому персоналу уделять особое внимание санитарному состоянию интернатов, организации и качеству питания, трудовой нагрузке детей-школьников, борьбе со вшивостью и накожными заболеваниями, своевременному выявлению больных и организации лечения их в изоляторе интерната или ближайшей больнице.

12. Вменить в обязанность врачам и фельдшерам детских интернатов, приехавших из городов, обслуживать и местное детское население по указанию райздрава-отдела при отсутствии врача или фельдшера в данном населенном пункте.

13. Местным органам здравоохранения — гор(рай)здравотделам — обеспечить круглогодичное медицинское обслуживание детей на эвакопунктах, организуя медико-санитарное обслуживание детей в пути, уделив особое внимание выявлению инфекционных больных и принятию срочных мер борьбы с развитием эпидемий.

Народный комиссар здравоохранения Союза ССР Г. Митрев

### ПРИКАЗ

#### ПО НАРОДНОМУ КОМИССАРИАТУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

№ 369 от 28.VII.1941 г.

В целях безотказного приема в ясли детей работниц, вновь принимаемых на предприятия, приказываю:

Народным комиссариатам здравоохранения ССР и АССР, заведующим обл(гор)райздравотделами провести следующие мероприятия:

1. Увеличить число мест в яслях, исходя из необходимой потребности в яслях.

2. Увеличение числа мест в яслях провести за счет:

а) полного развертывания числа штатных коек (мест) по плану 1941 г.;

б) развертывания дополнительных подгрупп в существующих яслях, используя комнаты спален для дневного пребывания в них детей, террасы на летнее время и другие свободные помещения, не нарушая санитарно-гигиенических требований;

в) организации новых яслей в помещениях, отводимых обл(гор)райисполкомами, а также выделяемых администрацией предприятий, учреждений, предусмотрев открытие новых яслей по месту жительства матери.

3. Установить длительность пребывания детей в яслях соответственно продолжительности рабочего времени матери на производстве.

4. Категорически запретить снимать асигнования на содержание ясельной сети по утвержденным сметам 1941 г.

Изыскать дополнительные средства на расширение ясельной сети путем перераспределения кредитов по сметам 1941 г. по области — району.

5. В целях недопущения инфекционных заболеваний в яслях обл(гор)здравотделам обеспечить надлежащее обслуживание их врачами и медицинскими сестрами в зависимости от мощности учреждения, используя для этого прибывающих с эвакуированными детьми врачами и сестер.

6. Организационно-методическое руководство работой яслей возложить на городских и районных педиатров (приказ Наркомздрава СССР от 24.V.1941 г. № 222), а где таковые отсутствуют — на заведующих детскими консультациями и заведующих сельскими врачебными участками.

7. В яслях, расположенных в угрожаемой зоне, под личную ответственность заведующих яслями:

а) обеспечить детей убежищем или укрытием; если таковых при яслях не имеется, прикрепить их через штаб МПВО к существующим убежищам и укрытиям вблизи яслей или построить новые укрытия за счет асигнований на ремонт и строительство;

б) оборудовать все ясли противопожарным инвентарем и обучить сотрудников яслей пользоваться им.

8. Организовать подготовку персонала яслей к сдаче норм на ГСО I ступени и ПВХО.

9. Выполнение приказа НКЗдрава СССР сообщить мне не позднее 15.VIII.1941 г.

Народный комиссар здравоохранения Союза ССР Г. Митрев

#### ЦИРКУЛЯРНОЕ ПИСЬМО № 01-4-2/163 от 28.VII.1941 г. НАРКОМЗДРАВАМ, ДИРЕКТОРАМ СОВХОЗОВ, ОРГБЮРО ПРОФСОЮЗА РАБОЧИХ СОВХОЗОВ ЦЕНТРА

В связи с значительным привлечением женщин к работе в совхозах необходимо максимально расширить сеть детских яслей с тем, чтобы создать для матерей все необходимые условия к выполнению хозяйственных планов совхозов, в первую очередь обеспечивая яслями детей мобилизованных.

Исходя из этого, Народный комиссариат здравоохранения СССР, Народный комиссариат зерновых и животноводческих совхозов СССР и Оргбюро профсоюза рабочих совхозов центра предлагают:

## Отделам здравоохранения

1. Заключить немедленно договоры с каждым совхозом на расширение и уплотнение существующих и организацию новых детских яслей с учетом полного охвата всех детей работниц, занятых на работах в совхозах.
2. Расширение яслей провести за счет рационального использования площади существующих яслей (в летнее время для новых подгрупп возможно использовать закрытые веранды) и организации новых яслей в помещениях, предоставляемых директорами совхоза.
3. Организовать работу яслей в соответствии с часами работы совхоза для бесперебойного обслуживания детей работниц всех смен.
4. Для финансирования совхозных яслей в новых условиях работы облздрав-отделы должны использовать полностью все ассигнования 1941 г. на содержание совхозных яслей. В случае необходимости развертывания работы яслей сверх плана 1941 г. изыскать дополнительные средства на содержание яслей за счет перераспределения общих ассигнований по бюджету здравоохранения 1941 г.
5. Обеспечить через облторготдел организацию бесперебойного снабжения по установленным нормам совхозных яслей продуктами питания, не имеющимися в совхозе.
6. Обязать работников врачебных, фельдшерских и акушерских пунктов посещать ясли не реже двух раз в неделю.
7. Ввиду наличия большого числа детей, эвакуированных из районов военных действий в места расположения некоторых совхозов, медицинским работникам необходимо широко развернуть мероприятия, предупреждающие детские заболевания, для чего необходимо:
  - а) своевременно выделять заболевших из детского коллектива и быстро их госпитализировать;
  - б) четко наладить сигнализацию о каждом инфекционном больном в район;
  - в) выявлять контактировавших с инфекционными больными детей и проводить все мероприятия по отношению к ним (прививки, дезинфекция, установление карантина и т. п.).
8. Райздравам систематически проверять работу медицинского персонала, обслуживающего детские ясли совхоза.

## Директорам совхозов

1. Предоставить для открываемых новых летних яслей совхозов вполне пригодные и отремонтированные помещения.
2. Обеспечить детские ясли топливом и коммунальными услугами за счет совхозов.
3. Обеспечить детские ясли совхозов продуктами питания, имеющимися в совхозе, за наличный расчет по нормам Наркомздрава СССР и по ценам, установленным для общественного питания в совхозах, включив на снабжение по закрытой государственной торговле весь обслуживающий персонал детских яслей.

## Рабочим комитетам совхозов

1. Организовать ясельные советы для систематической помощи, проверки работы яслей и обеспечить регулярную их работу.
  2. Оказывать помощь в привлечении родительских средств по утвержденной шкале и в приобретении необходимого оборудования.
  3. Краевым и областным Оргбюро профсоюза периодически заслушивать доклады рабочих комитетов и ясельных советов об обслуживании детей, находящихся в яслях.
- Наркомздрав СССР, Наркомсовхозов СССР и Оргбюро профсоюза рабочих центра предлагают провести мероприятия по расширению ясельной сети в кратчайший срок.

Народный комиссар здравоохранения Союза ССР Г. Митрев  
Зам. народного комиссара зерновых и животноводческих совхозов СССР Крылов

Секретарь Оргбюро профсоюза рабочих совхозов центра Солошенко

## ЦИРКУЛЯРНОЕ ПИСЬМО № 01-4-2/164, 28.VII.1941 г. НАРКОМАМ ЗДРАВОХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИК, НАРКОМАМ ЗЕМЛЕДЕЛИЯ РЕСПУБЛИК НАЧАЛЬНИКАМ КРАЙ(ОБЛ)ЗДРАВОТДЕЛОВ, НАЧАЛЬНИКАМ КРАЙ(ОБЛ)ЗО

В связи с необходимостью широкого использования всех трудоспособных женщин в колхозах на полевых и других сельскохозяйственных работах земельные органы и органы здравоохранения должны максимально содействовать расширению сети детских учреждений в колхозах.

В этих целях Наркомзем СССР и Наркомздрав СССР предлагают:

По линии земельных органов:

1. Срочно принять меры к организации сезонных детских яслей, садов и площадок и расширению постоянных детских учреждений в колхозах.
2. Обеспечить выделение необходимых продуктов и денежных средств для организации коллективного питания детей и необходимого оборудования детских учреждений.

В тех случаях, когда колхозы не могут обеспечить соответствующее оборудование детских учреждений, рекомендовать использовать для ребенка предметы и оборудование от родителей (матрасы, подушки, сдеяла, смены детского белья, платья, тарелки, ложки, чашки).

3. Обеспечить первоочередной прием в детских учреждениях детей из семей колхозников, мобилизованных в ряды РККА.

4. Работа детских учреждений в колхозах должна быть организована так, чтобы колхозницы, имеющие детей, могли участвовать в полевых работах в течение полного рабочего дня. В тех случаях, когда колхозницы имеют детей в возрасте до 1 года и кормят их трудью, работа для них должна предоставляться по возможности неподалеку от детских яслей, чтобы колхозницы могли кормить детей через каждые 3½ часа.

5. Необходимо широко разъяснить, что в детские учреждения колхозов могут приниматься и дети не членов колхозов, если родители, приехавшие из городов и районных центров, привлечены на сельскохозяйственные работы в колхозы. Условия приема таких детей в колхозные детские учреждения устанавливаются в каждом случае правлением колхоза.

По линии органов здравоохранения следует:

1. Совместно с земельными органами способствовать расширению колхозных сезонных и постоянных яслей путем уплотнения существующих и развертывания новых коек в помещениях, отведенных правлением колхоза.

2. Часы работы яслей приспособить к часам работы колхозниц.

3. Прикрепить медицинский персонал сельских врачебных, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов к детским учреждениям и обязать их посещать ясли, детские сады и площадки не реже одного раза в неделю, кроме тех случаев, когда необходимо бывать по экстренным вызовам. Прикрепленный медицинский персонал обязан проводить медицинский осмотр детей при приеме их в детские учреждения и затем систематически наблюдать за состоянием детей, за организацией работы, постановкой питания, качеством отпускаемых продуктов и санитарным состоянием помещений.

4. Медицинским работникам сельских участков необходимо обратить особое внимание на мероприятие по борьбе с инфекционными заболеваниями; для этого следует:

- а) своевременно выделять заболевших детей, а в нужных случаях их быстро госпитализировать;

б) немедленно сообщать в райздравотдел о каждом инфекционном случае;

в) тщательно проводить все профилактические мероприятия, как-то: выявление контактов с инфекцией, установление карантина, профилактические прививки, дезинфекция и т. д.;

г) особое внимание обратить на своевременное проведение профилактических противокоревых прививок детям в возрасте до 4 лет, не болевшим корью и находившимся в контакте с коревым больным.

5. Привлечь учителей, учащихся старших классов средних полных школ, членов РОКК для проведения санитарно-просветительной работы; организовать колхозный актив для работы по оздоровлению быта колхозников.

Народный комиссар здравоохранения Союза ССР Г. Митерев

Зам. народа комиссара земледелия Союза ССР Л. Сахаров

## ИНСТРУКЦИЯ

### ПО УХОДУ ЗА ГЛАЗАМИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ

(Разработана А. З. Гольденберг)

1. Профилактика глаз новорожденных производится всем без исключения новорожденным (и тем, в анамнезе родителей которых нет указаний на заболевание гонорреей).

2. Профилактика глаз новорожденных производится немедленно после рождения ребенка до отделения его от матери (согласно инструкции НКЗдрава СССР от 8.V.1938 г.).

3. Профилактику производят акушерка после предварительной тщательной обработки рук антисептическим раствором и вытирая рук стерильной марлевой салфеткой.

4. Профилактика глаз новорожденных производится двухмоментным способом:
- 1) сначала веки новорожденного протирают сухой стерильной ватой, отдельным тампоном для каждого глаза;
  - 2) затем, слегка оттянув нижнее веко и отодвинув верхнее веко, впускают пипеткой на слизистую оболочку нижней переходной складки каждого глаза одну каплю 2% раствора азотнокислого серебра (ляписа).

После этого осторожно, чтобы не выжать впущенную каплю раствора из глазной щели, отпускают веки.

Промывание глаз после вкапывания раствора ляписа производить не нужно.

П р и м е ч а н и е. Раствор 2% ляписа необходимо ежедневно менять и употреблять только свежеприготовленный раствор. Хранить раствор 2% ляписа в посуде темного стекла с притертой пробкой с надписью «Для новорожденных» и подробной прописью состава. Перед каждым употреблением ляписа предварительно проверять надпись на флаконе.

Пипетки с отверстием средней величины употреблять обязательно стерильные, индивидуальные для каждого ребенка. Стерилизовать пипетки по возможности в автоклаве; при отсутствии автоклава стерилизовать кипячением. После кипячения следить за высушиванием пипеток, для чего помещать их в вертикальном положении для стекания воды в сухую стерильную банку с притертой пробкой и стерильной марлей на дне.

#### У х о д з а г л а з а м и н о в о р о ж д е н н ы х в д е т с к о й п а л а т е

1. При отсутствии отделяемого из глаз утренний туалет новорожденного начинается с протирания глаз стерильной ватой, смоченной кипяченой водой или 2% раствором борной кислоты, или раствором марганцовокислого калия 1 : 10 000, отдельным тампоном для каждого глаза.

Уход за глазами производится только средним медицинским персоналом. Мытье антисептическим раствором и вытирание рук насухо обязательно перед туалетом каждого ребенка.

При отсутствии отделяемого повторных протираний глаз новорожденным в течение суток не производится.

2. При появлении незначительного отделяемого из глаз медицинская сестра промывает глаза стерильной ватой, смоченной раствором марганцовокислого калия 1 : 8 000 по мере скопления отделяемого.

Мытье антисептическим раствором и вытирание насухо рук медицинской сестры обязательно перед каждым промыванием.

3. При появлении незначительного отделяемого из одного глаза новорожденного кладут на сторону заболевшего глаза и медицинская сестра промывает сначала здоровый глаз, а затем и больной.

4. При малейшем подозрении на бленорройное воспаление глаз новорожденного (припухание и покраснение век, гнойное отделяемое) об этом доводится до сведения врача детской палаты и срочно производится бактериоскопическое исследование отделяемого глаз.

5. При отсутствии и отделяемом из глаз гонококка лечение производится по указанию и под руководством врача детской палаты.

6. При обнаружении в отделяемом из глаз новорожденного гонококка заболевшего изолируют в отдельную комнату вместе с матерью (на отдельных кроватях) с индивидуальными предметами ухода (там, где отдельной комнаты нет, мать и ребенок отделяются от остальных за передвижными боксами).

Персонал по уходу за больным гонобленорреей новорожденным производит туалет этого новорожденного после туалета всех здоровых новорожденных, в отдельном халате, при обязательной тщательной обработке рук до и после туалета.

Лечение больного гонобленорреей новорожденного производится обязательно по указанию и под наблюдением врача-окулиста.

7. О каждом случае заболевания гонобленорреей глаз новорожденного родильный дом немедленно сообщает в здравотдел, а при выписке — в консультацию, под наблюдение которых поступает новорожденный.

При выписке из родильного дома заболевший гонобленорреей новорожденный направляется в ведение глазной больницы или глазного врача поликлиники.

#### М е р о п р и я т и я о т н о с и т е л ь н о р о ж е н и ц

1. Каждая консультация, под наблюдением которой находилась женщина во время беременности, по мере возможности выясняет и дает заключение относительно заболевания беременной гонорреей.

2. Роженица при поступлении в родильный дом представляет это заключение (при наличии его).

3. Каждый родильный дом ведет точный учет всех рожениц, больных гонорреей, как по сведениям, представленным из женских консультаций так и по случаям, которые обнаружены при родах.

4. В случаях установленной гонорреи у родильницы надо особенно тщательно следить за мытьем рук перед каждым кормлением ребенка.

5. Перед выпиской из родильного дома родильнице, больной гонорреей, даются указания о профилактических мероприятиях в отношении глаз новорожденного.

Утверждено:

Нач. управления родильными домами и женскими консультациями  
НКЗдрава СССР Гинодман

Директор Гос. центр. офтальмологического ин-та им. Гельмгольца  
засл. деят. науки Авербах

## ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ДЕТСКОМ ВРАЧЕ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА

(К приказу НКЗдрава СССР, № 222 от 24.V.1941)

1. Для организации правильного медицинского обслуживания детского населения в сельском районе на врача, заведующего детской консультацией, возлагаются обязанности детского врача района.

Примечание. При отсутствии в сельском районе детской консультации обязанности детского врача района возлагаются на педиатра районной амбулатории.

2. Детский врач района непосредственно ведет лечебно-профилактическую работу в районном центре, а также организует обслуживание детского населения по району.

3. Детский врач района проводит методическое руководство всей организацией лечебно-профилактического обслуживания детства.

4. Детский врач района оказывает консультативную помощь сельским врачебным участкам в организации лечебно-профилактической помощи детям всех возрастов: в организации колхозных яслей, медицинского обслуживания школ и детских садов, новорожденных в родильных домах.

5. Детский врач района организует патронажное обслуживание детей раннего возраста в районном центре и руководит работой по патронажному обслуживанию на врачебных участках, сестринских, акушерских и фельдшерско-акушерских пунктах.

6. Детский врач района следит за движением рождаемости, заболеваемости и смертности детей и на основании этих данных разрабатывает план мероприятий, направленных на снижение детской заболеваемости.

7. Детский врач района проводит мероприятия лечебно-профилактической помощи детям, согласно общерайонному плану здравоохранения.

8. На основе санитарно-эпидемических данных района детский врач района совместно с госсанинспектором составляет план противоэпидемических мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями среди детей.

9. Детский врач района организует обучение и повышение квалификации работников сельских яслей и патронажных сестер в районе.

10. Детский врач района периодически организует при детской консультации конференции участковых врачей, фельдшеров и акушерок для обмена опытом, популяризации новейших, наиболее эффективных методов лечения, профилактики детских болезней и обсуждения мероприятий по дальнейшему снижению детской заболеваемости.

11. Детский врач района ведет санитарно-просветительную работу среди населения районного центра и оказывает методическую помощь сельским медицинским участкам по вопросам санитарно-просветительной работы.

12. Для выполнения своих обязанностей детский врач района выделяет в своем рабочем времени специальные дни для выезда на медицинские участки, где он консультирует больных детей на месте и осуществляет методический инструктаж медицинских работников по вопросам лечебно-профилактической помощи детям.

13. Для лучшей организации методической работы в районе детский врач района поддерживает связь с методическим кабинетом край(обл)здравотдела, методическим кабинетом педиатрического института (если таковой имеется).

Детский врач района обеспечивается край(обл)здравотделом руководящей литературой по вопросам профилактики, лечения и организации медицинского обслуживания детей.

14. Детский врач района утверждается край(обл)здравотделом.

Примечание. В ССР и АССР, не имеющих областного деления, назначение детского врача района производится соответствующим наркомздравом.

15. В своей оперативной деятельности детский врач района подчиняется райздравотделу.

16. Детский врач района совместно с заведующим райздравотделом систематически информирует районный совет депутатов трудящихся о состоянии детской заболеваемости в районе и о проводимых мероприятиях по обслуживанию детей в районе.

Нач. Управления детских лечебно-профилактических учреждений  
Наркомздрава СССР Константинов

## РЕЦЕНЗИЯ

Война, навязанная нам фашистской Германией, выдвинула ряд вопросов, требующих своевременного и правильного разрешения. Среди них борьба с распространением инфекций является наиболее актуальной, так как только здоровый тыл является залогом победы на фронте. Между тем необходимость укрываться в убежищах, эвакуация женщин и детей и скопление вследствие этого массы людей на транспорте в некоторых районах благоприятствуют распространению инфекционных заболеваний. Повышение санитарных знаний среди широких слоев населения — основное условие эффективной борьбы с инфекциями. За это дело взялся институт санитарного просвещения, выпустив несколько листовок: «Памятка об охране здоровья в убежищах», «Оберегайте свое здоровье в пути», «Санитарная памятка для работников вокзала», содержащие основные санитарные правила, которые должен знать каждый советский гражданин.

Одновременно выпущено две листовки и Центральным педиатрическим институтом, касающиеся обслуживания детей в пути при эвакуации и медико-санитарного обслуживания неорганизованных в коллективе детей.

Институту санитарного просвещения следовало бы выпустить также листовку по борьбе со вшивостью.

Не оставлены без внимания и вопросы санитарной обороны. Институт санитарного просвещения выпустил фотоальбом и плакаты в помощь сандрожинам в тылу и на фронте, «Готовься к санитарной обороне» — фотоальбом в двух частях, иллюстрирующий основные приемы по оказанию первой помощи раненым и пораженным ОВ. Фотографии четкие, дающие полное представление о всех деталях работы, но формат их крайне мал, что затрудняет работу с ними.

Плакаты по оказанию первой помощи на фронте сделаны хорошо и бесспорно являются полезным пособием для сандрожин.

Э. М. Кравец

---

Адрес редакции: Москва, Рахмановский пер., 3, Наркомздрав СССР.  
Медгиз.

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

