

В 1934 г. он уехал в Москву в клинику проф. А. В. Вишневского, где защитил докторскую диссертацию и в последующем возглавлял кафедру хирургии в Минске. Несколько лет работал в больнице Г. М. Новиков, который затем был профессором хирургии в Казанском медицинском институте. В дальнейшем Г. М. Новиков служил начальником санитарного управления войск НКВД в Москве.

В 1922 г. при больнице открылась амбулатория. Это было одноэтажное деревянное здание с полуподвальным помещением и мезонином.

5 сентября 1925 г. при больнице была организована ячейка ВКП(б). Всего членов и кандидатов тогда насчитывалось 10 человек. Ответственным секретарем ячейки был избран тов. Ф. В. Бобылев — работник аптеки № 1. В партячейке 4-й рабочей больницы состояла З. А. Тихомирова, известная руководительница казанских большевиков, родная сестра В. А. Тихомирова, Александровна хорошо знала В. И. Ленина и Н. А. Семашко. Доктор З. А. Тихомирова работала в 4-й рабочей больнице с февраля 1925 г. невропатологом, а затем в июне 1927 г. была переведена в 1-ю городскую больницу г. Казани. Ныне она персональный пенсионер, заслуженный врач ТАССР и РСФСР, трижды орденоси́нец.

В 1926 г. 4-ю горбольницу посетил с инспекторской целью Нарком здравоохранения Н. А. Семашко.

В 1930 г. больница из примитивного лечебного учреждения стала районным лечебным пунктом. 10/IV 1930 г. главврач А. И. Тихонов сдал больницу М. Д. Григорьеву, который проработал в этой должности до 1933 г. М. Д. Григорьев не был врачом. Он был выдвинут на эту работу Татнаркомздравом, окончив соответствующие курсы. Он открыл вновь заразный барак на ул. Пенза (в этом бараке с 1922 г. было общежитие грузчиков). В 1935 г. заразный барак отпочковался от больницы и стал называться 3-й инфекционной больницей.

С 1934 по 1936 г. главврачом больницы был А. И. Чижев, который одновременно заведовал хирургическим отделением. С 1936 по 1939 г. он работал заместителем заведующего горздравом, а затем ассистентом факультетской хирургической клиники медицинского института.

После Великой Отечественной войны больницу возглавил И. Е. Медведев, который проработал в этой должности до 1962 г. В 1962 г. И. Е. Медведев ушел на пенсию, и главврачом была назначена Н. А. Киселева.

В настоящее время 4-я городская больница (4-е городское лечебно-профилактическое объединение) включает следующие медицинские учреждения: стационар на 100 коек с терапевтическим (зав. — Н. М. Горинова), акушерским и гинекологическим отделениями (зав. — И. А. Балаганина), поликлинику № 14 (зав. — А. А. Макаренко), объединившую бывшие амбулатории № 6 и № 7 с восьмью врачебными участками, консультацию № 4 (зав. — Н. Б. Пакуло), 5 врачебных здравпунктов, а также 3 фельдшерских.

Изменился контингент больных.

За 1967 г. через стационар прошло 5617 больных, через амбулаторию — 222 081. В больнице 200 сотрудников, из них врачей 39.

В 1967 г. бюджет больницы составлял 335 740 руб. Стоимость одного койкодня (питание и медикаменты) — 1 р. 30 коп. для терапевтических и гинекологических больных и 1 р. 33 коп. для родильниц.

В ближайшие 3—4 года согласно постановлению Казанского Горисполкома от 18/XII 1968 г. за счет средств заводов Кировского района г. Казани методом кооперирования будет построено новое здание больницы, рассчитанное на 350 коек.

В новом корпусе разместятся терапевтическое, нервное, ЛОР и другие отделения. Такой бурный рост 4-й горбольницы стал возможным благодаря неустанной заботе Партии и Правительства о здоровье нашего советского человека.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 612.662

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ШКОЛЬНИЦ г. КАЗАНИ

М. М. Мельникова и И. Ф. Мустафина

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, научный консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Куршова

Как известно, функциональное состояние организма девочки зависит от ряда факторов внешней среды, перенесенных ранее заболеваний, общего физического развития.

В последние годы отмечается снижение возраста наступления первой менструа-

ции [4, 13 и др.]. Например, при обследовании школьников г. Москвы в 1964 г. установлено, что менархе появляется у них в среднем в 12 лет 9 месяцев, в то время как по данным В. С. Груздева за 1894 г. средний возраст появления первой менструации в средней полосе России был равен 15,8 года. По-видимому, улучшение жилищных условий, питания, широкое внедрение физической культуры, занятия спортом в современных условиях советской действительности способствуют более раннему половому созреванию. Обычно установление менструального цикла и постоянного ритма месячных происходит в течение 1—1,5 лет с момента появления менархе. По мнению большинства авторов, это физиологический период становления менструации [8, 9]. Влияние климатических условий на половое созревание сказывается в том, что в каждой местности имеется определенная сезонность появления менархе. Так, в Литовской ССР наибольшее количество менструаций начинается в мае, июне, июле. В Вене максимум появления менархе приходится на январь (С. В. Павилонис).

Мнения о влиянии перенесенных в детстве инфекционных заболеваний на менструальную функцию разноречивы. Некоторые авторы [4, 8] пишут, что инфекционные заболевания вследствие интоксикационного влияния угнетают менструальную функцию. Другие [10] приводят данные, позволяющие предполагать стимулирующее, возбуждающее влияние инфекционного процесса на яичники.

Нет единогласия и по вопросу о связи полового созревания с общим физическим развитием. В. С. Груздев на основании анализа собственного материала и работ ряда авторов считал, что половое развитие наступает раньше у менее развитых физически женщин. Но работы последнего времени показывают, что более упитанные девочки начинают менструировать раньше [10].

Ряд исследователей [1, 6, 11, 12] отмечает запаздывание полового созревания в районах эндемического зоба. В 12—15 лет менструации здесь начинаются лишь у 27,4% девочек, у большинства же коренных жителей они появляются в 16—17 лет. Кроме того, в эндемических зобных районах чаще встречаются различные нарушения менструальной функции.

За последние годы не было исследований по изучению особенностей полового созревания в условиях ТАССР. Казань, как известно, относится к районам зобной эндемии. При профилактических осмотрах школьников в среднем у 60% была выявлена гиперплазия щитовидной железы различной степени (данные Казанского городского противозобного диспансера).

Задачей настоящей работы явилось изучение особенностей становления менструальной функции у школьников г. Казани и их зависимости от учебной нагрузки, режима дня, перенесенных заболеваний, общего физического развития.

Мы обследовали 145 школьников старших классов. Из анамнеза уточняли время появления и характер становления менструации, особенности менструального цикла, болезненность, силу кровотечения, перенесенные заболевания, условия питания, жилищные условия, режим дня, учебную нагрузку. Измеряли рост, вес девочек, сравнивали комплекцию по индексу Ливи. Индекс выводится следующим образом:

$$\frac{3}{1000} \sqrt{\frac{\text{вес в кг}}{\text{рост в см}}}$$

У каждой девочки измеряли АД, определяли состояние щитовидной железы (путем пальпации) и ее функцию (по состоянию кожи, глазным и др. симптомам). Учитывали данные рентгеноскопии грудной клетки, пробы Пирке. Отмечали степень развития вторичных половых признаков, строение наружных половых органов.

У девочек с выявленными нарушениями менструального цикла определяли состояние внутренних гениталий с помощью ректального исследования. Динамически исследовали функцию яичников с применением тестов базальной температуры и кольпоцитологии, проводимых в течение 1—3 циклов. Влагалищные мазки окрашивали полихромным методом по Докумову, производили подсчет морфологического, карнопикнотического и эозинофильного индексов.

Некоторые авторы [5] предлагали для оценки функциональной деятельности яичников у девственниц также тест кристаллизации слюны, будто бы идентичный кристаллизации слизи цервикального канала. Мы проверили этот тест у 30 чел. Оказалось, что после высыхания слюны под микроскопом всегда видна очень нежная кристаллизация независимо от дня цикла, возраста и даже пола исследуемого. Параллелизма с кристаллизацией шейной слизи у женщин не наблюдалось. Поэтому мы не сочли нужным пользоваться указанным тестом.

Средний возраст появления менархе у обследованных нами девочек — 13 лет 2 месяца ± 10 месяцев, что мало отличается от данных других авторов, изучавших становление менструации у девочек в средней полосе Советского Союза в последние годы [2, 13 и др.]. Мы не могли отметить наклонности к запаздыванию появления менархе, которое наблюдали исследователи в очагах эндемического зоба. Возможно, это связано с тем, что зобогенные факторы в Казани выражены слабо.

Интересно, что у казанских школьников в отличие от жителей других местностей первая менструация чаще всего появляется в августе месяце, наиболее редко — в феврале. Нам пока неясно, с чем связана такая сезонность.

Постоянный менструальный цикл установился сразу у 49 чел. (34,3%), в течение

первых 6 месяцев — у 56 (38,8%), от 6 мес. до 1 года — у 14 (10,2%), от 1 года до 1,5 лет — у 3 (2,3%). У остальных 20 (14,4%) имелись нарушения менструальной функции. Следовательно, физиологический период становления менструации (1,5 года) наблюдался у 85,6%.

Каждая девочка перенесла в прошлом одно или несколько инфекционных заболеваний. У обследованных, перенесших одну-две инфекции, менархе появилась в возрасте 13 лет, у перенесших более двух инфекционных заболеваний — в возрасте 13 лет 4 мес. Разница в возрасте между группами не выходит за пределы средней арифметической ошибки. Таким образом, нам не удалось выявить определенного влияния перенесенных ранее инфекционных заболеваний на появление менархе. По-видимому, у большинства девочек благодаря профилактике и своевременному лечению заболевания протекали не в тяжелой форме и не оказали действия на функцию яичников.

По физическому развитию казанские школьницы существенно не отличались от школьниц г. Москвы (Ю. Ф. Борисова).

Половые признаки были более развиты у менструирующих девочек. Степень их развития увеличивалась с возрастом.

Мы установили, что соответственно подразделению по индексу Ливи более упитанные девочки начинают менструировать раньше. Рост менструирующих был также больше. Например, средний рост менструирующих 14-летних школьниц был 158,9 см, немменструирующих — 154,6 см. Разница статистически достоверна.

Таким образом, по нашим данным менструирующие девочки физически более развиты, чем девочки того же возраста, не имеющие менструации.

Нарушения менструальной функции наблюдались у 31 из 145 школьниц, что составляет 21,3%. Клинически они выражались в следующем: гипоменструальный синдром был у 12, циклические кровотечения — у 2, ациклические кровотечения — у 1, альгодисменорея — у 16. В последней группе боли наблюдались преимущественно перед менструацией или в 1-й день. У 5 девочек альгодисменорея сочеталась с каким-либо другим нарушением.

Сопоставляя нарушения менструальной функции с общим состоянием здоровья школьниц, мы убедились, что различные общие заболевания чаще встречаются в группе с нарушениями менструации. Из 31 девочки этой группы у 20 (58%) были заболевания хроническим тонзиллитом, холециститом, ревматизмом и др., в то время как из 114 девочек без нарушения менструации заболевания были у 20 (17%). Гиперплазия щитовидной железы в группе с нарушениями менструации также наблюдалась чаще (у 70%). Из этих фактов можно заключить, что наличие того или иного заболевания способствует нарушению менструальной функции.

Для выяснения влияния учебной нагрузки и режима дня мы сравнивали данные о характере менструации у старшеклассниц обычной средней школы и музыкальной, в программу которой помимо обычных дисциплин были включены специальные. Девочки должны были не менее 3 часов в день заниматься на инструменте.

Из 103 девочек, занимающихся в обычной школе, нарушения менструации выявлены у 17 (16,5%), главным образом альгодисменорея легкой степени. Из 42 девочек, занимающихся в музыкальной школе, нарушения были у 14 (33,3%), то есть в 2 раза чаще. Разница статистически достоверна. Существенной разницы во времени наступления менархе у школьниц этих групп мы не могли отметить.

Анализ нашего материала позволяет нам не согласиться с авторами статьи «Психическое, физическое и половое развитие школьниц г. Казани» (Казанский мед. ж., 1968, 1), которые, обследовав 153 нормально развитых школьниц, не обнаружили нарушений менструальной функции ни у одной. Заметим, что Ю. Ф. Борисова у нормально развитых школьниц г. Москвы нашла указанные нарушения в 36,5%, т. е. чаще, чем мы у казанских школьниц.

Девочки с выявленными расстройствами менструации были взяты нами под особое наблюдение. У большинства из них matka оказалась меньше возрастной нормальной величины. У одной девочки обнаружена аномалия строения матки (двуугольность). В придатках, как правило, патологических изменений не было.

Исследование тестов функциональной диагностики проведено у 14 чел. Базальную температуру (ректальную) измеряли в течение трех циклов у 7 девочек. У 6 из них температурная кривая была монофазной на протяжении всего периода наблюдения. У одной девочки была двухфазная температурная кривая с укорочением второй фазы (повышение температуры держалось всего 3—4 дня).

Систематическое исследование влагалищных мазков у 14 девочек с патологией менструации выявило довольно низкий уровень эстрогенной стимуляции. Как правило, содержание поверхностных клеток на протяжении всего цикла было невысоким, карпопиктоцитический и эозинофильный индексы — низкие (15—20%).

Эти данные свидетельствуют, что нарушения менструальной функции у школьниц развиваются на фоне сниженной продукции эстрогенов при однофазном цикле или недостаточности фазы желтого тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшеев Н. С. Эндемический зоб и беременность. Госмедиздат УССР, 1963.—2. Борисова Ю. Ф. О половом развитии школьниц г. Москвы. Автореф. канд. дисс., М., 1965.—3. Груздев В. С. Начало половой зрелости у обитательниц России в зависимости от влияющих на нее факторов. СПб, 1894.—4. Жмакин К. Н. Клинические лекции по гинекологии. Медицина, М., 1966.—5. Калашникова-Папिताшвили Р. Ф. Мат. IV научн. сессии, посвященной памяти проф. И. Ф. Жордания. Тбилиси, 1966.—6. Караева А. М. Мед. журн. Узбекистана, 1964.—7. Каск В. А. Тр. по медицине Тартусского гос. ун-та, 1964.—8. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Медицина, М., 1967.—9. Крупко-Большова Ю. А. Физиология становления овариально-менструальной функции и маточные кровотечения у девочек. Автореф. докт. дисс., 1965.—10. Павилонис В. С. Научн. тр. высших учебных заведений Литовской ССР, 1964.—11. Синюкова А. И. Становление менструальной функции и развитие девушек-подростков очага эндемии (Закарпатье). Автореф. канд. дисс., 1964.—12. Садыкова М. Т. Мед. журн. Узбекистана, 1960, 12.—13. Соловьева В. С. Морфологические особенности подростков в период полового созревания. Автореф. канд. дисс., 1966.

УДК 612.6

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ РУССКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ г. КАЗАНИ

Р. С. Чувашаев

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Показатели физического развития детей и подростков являются важным критерием, характеризующим здоровье населения.

До последнего времени для школьников г. Казани (русских и татар) не были составлены нормативы физического развития. Органы здравоохранения и врачи-педиатры нуждаются в стандартах физического развития детей для индивидуальной оценки развития школьников. В 1964 г. по методике, предложенной В. В. Бунаком, Л. А. Сыркиным, А. Б. Ставицкой, Д. И. Арон и другими авторами, нами было обследовано в Казани 2890 учащихся средних школ русской национальности в возрасте от 8 до 17 лет. В разработку включены 2489 карт (1173 мальчика и 1316 девочек). Численность возрастно-половых групп колебалась от 101 до 161 чел. Помимо основных признаков физического развития (роста, веса, окружности грудной клетки), нами изучены соматоскопические признаки. Определены стадии развития вторичных половых признаков по возрастам. Материал разработан методом вариационной статистики.

Данные табл. 1, 2, 3 показывают, что периоды усиленного увеличения роста, веса и окружности грудной клетки сменяются периодами замедления. Мы получили характерную для каждой возрастно-половой группы детей картину двойного «перекреста» кривых (в 11—12 и в 15 лет).

Рост стоя мальчиков за 9 лет (от 8 до 17 лет) увеличивается в среднем со 124,37 до 170,29 см, девочек — со 124,85 до 160,45 см, то есть соответственно на 45,92 и 35,60 см. Подобные же изменения произошли в весе и окружности грудной клетки.

Таблица 1

Показатели роста стоя

Возраст в годах	Мальчики			Девочки		
	N	M ± m	σ	N	M ± m	σ
8	111	124,37±0,52	5,47	109	124,85±0,44	4,57
9	111	129,56±0,56	5,86	128	129,70±0,51	5,82
10	109	133,82±0,51	5,33	111	132,94±0,49	5,17
11	101	138,60±0,63	6,35	104	138,94±0,56	5,70
12	121	144,50±0,64	7,02	148	148,27±0,55	6,73
13	107	147,96±0,70	7,24	151	152,34±0,49	6,06
14	113	156,43±0,85	9,06	133	156,18±0,54	6,03
15	149	162,73±0,74	9,03	161	158,50±0,47	5,93
16	149	168,73±0,55	6,69	144	159,25±0,48	5,78
17	102	170,29±0,65	6,58	127	160,45±0,47	5,28