

В 1918 г. в Козьмодемьянском уезде впервые был открыт дом младенца, в 1921 г. — еще два. Но не было детских врачей и специально подготовленных средних медицинских работников, отсутствовало даже самое необходимое медицинское оборудование. В результате в домах младенца была высокая заболеваемость и смертность детей.

В 1921 г. в Царевококшайске была открыта детская лечебница на 12 коек. В том же году в области появился первый детский врач Ф. М. Контский. В 1922 г. в Козьмодемьянске была организована здравница для детей на 10 коек.

С 1922 г. в области стали развертываться сезонные ясли (в 1923 г. их было 22), а с 1923 г. — женские и детские консультации.

В 1924 г. был открыт областной дом матери и ребенка на 20 коек. Основная функция этого учреждения заключалась в том, чтобы научить отсталую крестьянку ухаживать за собой во время беременности и привить ей навыки по воспитанию ребенка.

В 1926 г. в больницах области было 22 детские койки, 75 родильных и 16 гинекологических, а количество ФАП достигло 29, женских и детских консультаций стало 3. На одного врача приходилось свыше 10 тыс. населения, а на одну акушерку около 13 800 женщин. Во всей остроте встал вопрос о подготовке кадров, особенно из коренной национальности. Были открыты акушерская школа и курсы ясельных работников. С 1931 г. стали развертываться молочные кухни.

В 1936 г. Марийская автономная область была преобразована в Марийскую автономную республику. Стала расширяться сеть детских лечебно-профилактических и родовспомогательных учреждений, все больше совершенствовались методы обслуживания населения. Произошли значительные сдвиги и в состоянии инфекционной заболеваемости.

В суровые дни Великой Отечественной войны значительно расширилась сеть детских и родовспомогательных учреждений, в сельских больницах были введены должности патронажных медицинских сестер. С 1946 г. в республике стали функционировать детские санатории. В 1956 г. при республиканской больнице было открыто детское отделение, которое стало центром организационно-методической работы по охране здоровья детей.

В настоящее время в Марийской АССР ликвидированы такие инфекционные заболевания, как полиомиелит, в основном ликвидирована дифтерия. Резко снижена заболеваемость коклюшем, скарлатиной, корью и кишечными инфекциями. В канун 50-летия Советской власти республика имеет широкую сеть детских и родовспомогательных учреждений: 186 детских садов и комбинатов, 57 детских яслей, 6 детских домов, 2 дома ребенка, 4 детских санатория, 25 детских консультаций и 24 женские, 15 молочных кухонь. Развернуто 1596 детских коек, в том числе 470 специализированных (кожных, глазных, психиатрических, неврологических и т. д.), а также 600 родильных и 360 гинекологических коек. Медицинскую помощь оказывают 165 врачей-педиатров и 86 акушеров-гинекологов.

Таким образом за годы Советской власти в Марийской АССР была создана стройная система учреждений по охране здоровья матери и ребенка, в их работе преобладающими стали профилактические мероприятия, более чем в сотни раз выросли ассигнования на здравоохранение. Все это позволило улучшить показатели работы детских и родовспомогательных учреждений, более чем в 12 раз снизить детскую смертность.

ЛИТЕРАТУРА

Кондаратский М. Ф. Признаки вымирания луговых черемис Казанской губернии. Казань, 1889.

УДК 616—084—618.1

ПРОФИЛАКТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СЕЛЕ

Н. Я. Назаркин

*Организационно-методический отдел Мордовской республиканской больницы
(зав. — К. И. Гусева)*

Единственно возможный путь снижения гинекологической заболеваемости состоит в наиболее раннем выявлении больных и активном их лечении.

В Мордовской АССР медицинскими работниками ежегодно осматриваются десятки тысяч женщин. На селе осмотры проводят не только врачи, но и фельдшера и акушерки, которые обучены на специальных семинарах распознаванию патологической симптоматики, при обнаружении которой женщина должна быть повторно осмотрена врачом-специалистом.

По инициативе М. И. Доннгевича и Ю. Е. Чернявской во всех поликлиниках республики были организованы кабинеты для профилактических осмотров женщин. Акушер-

ками таких кабинетов проводится исключительно важная работа, целью которой является раннее выявление гинекологической патологии у женщин старше 18 лет. Однако далеко не все контингенты женщин можно охватить осмотрами в таких кабинетах. Опыт показал, что остаются неосмотренными женщины, не работающие на производстве и редко обращающиеся в поликлинику. Кроме того, при обращении в поликлинику женщины не всегда соглашались пройти осмотр, ссылаясь на неподготовленность к нему.

Поэтому большой интерес представляет опыт проведения массового профилактического осмотра женщин с целью выявления гинекологической патологии, проведенный в 1961—1962 гг. в Больше-Березниковском районе Мордовской АССР. При осмотрах применялась методика, предложенная А. Г. Пап, с вручением женщинам индивидуальных книжек медицинского профилактического осмотра. Согласно этой методике на каждом фельдшерско-акушерском пункте, сельском врачебном участке, в районе деятельности женской консультации были введены единые журналы профилактического осмотра, куда вносились фамилии женщин, подлежащих осмотру. Наряду с этим медицинские работники при подворных обходах вручали каждой женщине единую книжку медицинского профилактического осмотра, проводили беседы о значении регулярных осмотров в профилактике гинекологических заболеваний. Женщинам старше 18 лет, в зависимости от места жительства, рекомендовалось два раза в год проходить осмотр в женской консультации, в амбулатории участковой больницы или на фельдшерско-акушерском пункте. При этом медицинские работники брали на диспансерный учет всех выявленных больных. Если женщина по роду своего заболевания обращалась к врачам других специальностей, они направляли ее на осмотр в женскую консультацию. По записям в медицинской книжке можно судить, как регулярно осматривается женщина в течение года. Порядковый номер записи женщины в журнале соответствует номеру книжки, выданной женщине на руки; это дает возможность врачу, акушерке, фельдшеру очень легко во время приема отыскать в журнале фамилию осмотренной женщины и сделать в нем две отметки: дату посещения и диагноз. В случае выявления у женщины беременности на нее заводят индивидуальную карту беременной и родильницы, при гинекологических заболеваниях — контрольную карту формы № 30 и назначают соответствующее лечение. На контрольной карте проставляют номер личной медицинской книжки женщины. Таким образом, порядковый номер в журнале, номер личной медицинской книжки и номер контрольной карты № 30 совпадают, что облегчает оперативную работу и упрощает систему контроля.

По описанной выше методике в 1961—1962 гг. в Больше-Березниковском районе было обследовано 11 620 женщин (97,9% к числу подлежащих осмотру). Для осмотра выбрали время, когда женщины-колхозницы меньше всего заняты на колхозных работах. Большую роль в проведении этого мероприятия сыграли члены СОКК, общественный санитарный актив.

Прием проводили в ранние утренние часы — от 6 до 8 часов утра, т. е. до начала полевых работ; были приняты меры к тому, чтобы не создавались большие очереди и исключалось долгое ожидание приема.

До осмотра собирали анамнез, данные которого заносили в специальный журнал. В обследовании женщин принимали участие как врачи, так и акушерки. Последние в случае необходимости консультировались с акушером-гинекологом.

Гинекологические болезни были обнаружены у 3236 женщин, т. е. у 27,8%.

Структура гинекологической заболеваемости, обнаруженной при обследовании, приводится в табл. 1.

Т а б л и ц а 1

Диагноз	Число больных	% к числу обследованных	% к числу гинекологиче- ских больных
Опущение половых органов различ- ных степеней	1449	12,4	44,8
Выпадение половых органов	244	2,1	7,6
Воспалительные заболевания	821	7,1	25,4
Эрозии шейки матки	214	1,8	6,6
Полипы шейки матки	27	0,24	0,8
Опухоли доброкачественные	89	0,8	2,8
Опухоли злокачественные	6	0,05	0,1
Расстройства менструального цикла	227	1,9	7,0
Инфантильность матки, аномалия раз- вития половых органов	82	0,76	2,5
Бесплодие	53	0,46	1,7
Прочие заболевания	24	0,2	0,7

Важно отметить, что опущения и выпадения половых органов составили 52,4% всех гинекологических заболеваний, а заболевания воспалительного характера — 25,4%.

Наименьший процент гинекологических заболеваний выявлен у женщин от 18 до 24 лет. В старших возрастных группах он повышается и достигает максимума у 45—49-летних, затем вновь снижается.

На основе осмотра лечебные учреждения района наметили ряд мероприятий. Главная задача состояла в том, чтобы оказать хирургическую помощь максимальному количеству больных, страдающих опущениями и выпадениями половых органов, доброкачественными и злокачественными опухолями. В хирургическом отделении центральной больницы были выделены дополнительные гинекологические койки.

Среди женщин, нуждающихся в хирургическом лечении, проводилась большая разъяснительная работа, медики стремились наладить личный контакт с ними, объясняя необходимость оперативного лечения. В хирургические отделения гинекологических больных принимали безотказно.

В результате только в 1962 г. было оздоровлено 17,9% женщин, страдающих выпадением половых органов (из числа обнаруженных при профилактическом осмотре).

Личный контакт врачей с больными, а также привлечение работников фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов к диспансерному наблюдению позволили освободить женщин от некоторых тяжелых физических работ в колхозном производстве и в быту, связанных с повышением внутрибрюшного давления, что способствовало предупреждению рецидивов заболевания.

В 1962—1963 гг. были оперированы: с фибромами матки — 9 женщин, с кистами яичников — 11, со злокачественными новообразованиями (с последующим направлением на рентгенотерапию) — 2. В этой категории оперированных смертельных исходов не было.

Из числа выявленных 214 женщин с эрозиями шейки матки в 1962 г. было оздоровлено 186.

В заключение следует сказать, что профилактические осмотры имеют большое значение в борьбе с гинекологической заболеваемостью при условии массового охвата женского населения и последующего проведения оздоровительных мероприятий.

Повторные массовые профилактические осмотры позволяют видеть сдвиги в заболеваемости и эффективность принятых мер.

ЛИТЕРАТУРА

Пап А. Г. Диспансеризация рабочих и служащих промышленных предприятий и населения на врачебных участках. Медгиз, М., 1956.

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ

УДК 616.151.5

НОВЫЙ ПРИБОР ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ

*У. А. Ватмахер, Е. К. Жаворонкова, М. А. Котовщикова
и И. А. Толстопятова*

*Ленинградский филиал ВНИИМП, Ленинградский институт гематологии
и переливания крови, Институт физиологии им. И. П. Павлова АН СССР*

Для определения времени свертывания крови в последнее время стали широко использовать электрические и электро-механические методы, позволяющие объективно регистрировать процессы свертывания.

Задачей нашего исследования была апробация лабораторного образца прибора, созданного в Ленинградском филиале ВНИИМП и названного коагулографом. Прибор основан на принципе электропроводности (величине, обратной сопротивлению), он портативен и прост в обращении. Ячейка коагулографа, изготовленная из несмачиваемого синтетического материала, имеет объем 0,3 мл. Малый объем ячейки позволяет использовать для работы как венозную, так и капиллярную кровь. При взятии крови из пальцев она должна свободно вытекать из прокола. Выдавливание капли приводит к попаданию в кровь тканевого тромбопластина, который, несомненно, ускоряет процесс свертывания. Конструкция ячейки допускает стандартную дозировку проб крови без применения мерных пипеток. При работе ячейка закрывается крышкой, что предотвращает высыхание крови, и вставляется в специальное гнездо термостата. Сразу же включается лентопротяжный механизм и производится чернильная запись процесса свертывания крови. Пока кровь жидкая, перо коагулографа делает на бумаге большие размахи, каждый размах соответствует одному импульсу. По мере свертывания, т. е. превращения жидкой крови или плазмы в полимеризованный фибриновый сгусток, амплитуда качаний (A_m) снижается до минимума (A_0).