

1. Тогунова А. И., Лещинская Е. Н., Маливанова О. М., Нестеренко Л. А. В кн. «Современные проблемы туберкулеза». Медгиз, М., 1962.
2. Edwards L. B., Palmer C. E., Magnus K. BCG vaccination, studies by the WHO Tuberculosis research office, Copenhagen; WHO Monograph series, N 12, Geneva, 1953.
3. Hertzberg G. The achievement of BCG vaccination, Oslo, 1948.

Поступила 13 июля 1963 г.

О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ДОМУ

Р. М. Бахтиярова

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Предупреждение преждевременных родов, снижение недоношиваемости, а также выхаживание недоношенных детей являются важными мерами для дальнейшего снижения смертности детей раннего возраста (С. В. Курашев, Н. Н. Григорьева, А. Ф. Тур и др.).

Для разрешения поставленных задач во многих городах страны создаются специальные центры для выхаживания недоношенных детей, уже имеются специальные родильные дома для беременных с токсикозами и другими формами патологии беременности, заканчивающимися преждевременными родами (Р. А. Малышева, Свердловск).

При отсутствии специального отделения для выхаживания недоношенных детей перед участковым врачом встает задача организовать на дому оптимальные условия, обеспечивающие нормальное развитие этих детей. Возникающие при этом затруднения и побуждают поделиться опытом по выхаживанию недоношенных детей, накопленным на некоторых медицинских участках Казани (5-е детское лечебно-профилактическое объединение, главврач — О. М. Евдокимова, детское лечебно-профилактическое объединение № 1, главврач — Р. Ф. Казакова).

С 1956 по 1963 гг. нами было организовано длительное наблюдение за 30 недоношенными детьми. Учитывались их жилищные условия, регулировалось вскармливание и уход за ними (прогулки, купания), профилактические прививки, лечение и предупреждение рахита и т. д. Всем детям удалось сохранить жизнь, и часть из них в 1963 г. пошла в первый класс школы. Однако, несмотря на достигнутые положительные результаты, участковый врач был неудовлетворен тем, что не удавалось полностью предупредить хронические расстройства питания и анемии, ведущие к задержке физического развития этих детей. Поэтому с 1961 г. по рекомендации кафедры госпитальной педиатрии Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института наблюдения над развитием недоношенных детей и лечебно-профилактические меры стали проводиться и регистрироваться по следующей схеме:

1. Фамилия, имя.
2. Адрес.
3. Дата рождения.
4. Дата выписки из родильного дома.
5. Течение беременности, родов.
6. Которые по счету роды. Возраст матери.
7. Перенесенные болезни в родильном доме и лечение.
8. Жилищные условия.
9. Вскормливание: грудное до ... месяца; докорм с ... Включение белковых препаратов (рекомендуемое с 2—3 месяцев); введение соков (с 2 месяцев), введение витамина Д (с 3-недельного возраста), рыбьего жира по каплям (с месячного возраста), прикорм (с 4 месяцев).

10. Наблюдение за физическим развитием:

а) ежемесячное определение роста, веса, окружности головы, груди, плеч, живота, бедер, голени; б) ежеквартальное определение индекса Чулицкой; в) ежемесячно с 5 месяцев определение прорезывания зубов.

11. Развитие моторики: начал держать головку с ..., нормализовался тонус сгибателей и разгибателей с ... месяцев; поворот на живот с ... месяца; начал упираться ногами, начал сидеть; стоять с поддержкой и без поддержки; начал ходить с поддержкой, без поддержки (в каждом случае указывать месяц).

12. Развитие психики: начало улыбок, узнает мать с ... месяца; гуление с ... месяца; начало слогов «а», «ба-ка», слоговые цепи «ба-ба» с ... месяца; появление отдельных слов: «ба-ба», «дай» с ... месяца. Словарный запас к 1 году, к 2 годам.

С какого возраста начал брать игрушки, тянуться к игрушкам; оглядываться на зов; «ладушки»; зовет рукой; машет рукой. С какого возраста начал знать предметы, части своего тела, части своей одежды, узнает членов семьи. Выполняет приказания (необходимо в каждом случае указать месяц со дня рождения).

13. Перенесенные заболевания, состояние моторной и сенсорной речи после болезни, восстановление утраченных компонентов речи с

14. Проведение биостимуляции: кварцевое облучение (при отсутствии противопоказаний в течение осени и зимы следует провести три курса общего кварцевого

сблечения); гемотерапия начинается с 5—6 месяцев по 3—5 мл — 6 инъекций; тиреонин по 1 мг в сутки 10 дней с учетом возможности гипопункции щитовидной железы при раннем докорме и искусственном вскармливании.

15. Состояние крови по месяцам. Общий анализ крови один раз в месяц. При выявлении начинающейся анемии рекомендовалось провести курс лечения витамином В₁₂ (первые три дня подряд вводить по 30 γ , затем — 2 раза в неделю до 10 таких инъекций) и фолиевой кислотой (по 0,002—0,005 1 раз в день в течение 10 дней).

16. С 1-го месяца поглаживающий массаж и с 3 месяцев — пассивная гимнастика.

17. Составление эпикриза к концу 6 месяцев и года жизни.

По этой схеме было организовано наблюдение дополнительно за 10 детьми, из которых 5 имели вес при рождении от 1500,0 до 1900,0 и 5 — от 2000,0 до 2200,0. Из этих детей были выписаны из родильного отделения с прибавкой в весе на 200,0 — 4, на 100,0 — 2, на 50,0 — 2 и на 80,0 — 1 ребенок и один — без прибавки в весе.

Жилищно-бытовые условия у этих детей были удовлетворительными у 6, хорошими — у 4; от первой беременности из них родилось 6 детей, от повторной — 4.

Среди причин преждевременных родов были отмечены у одной матери травма (ушиб); у другой — приступ аппендицита; у третьей — поднятие тяжести; у остальных женщин — токсикоз беременности II—III ст. Все эти дети были взяты на патронаж с первого дня после выписки из родильного дома. При первом же посещении матери были обучены согреванию младенца грелками, правилам завертывания и одевания, технике кормления и хранения сцеженного молока, полученного из родильного дома. Матери были снабжены литературой о том, как вырастить в семье здорового ребенка.

Самое трудное — это вырастить недоношенного ребенка до 6 месяцев, т. к. в этот период вследствие перекармливания или, наоборот, недокармливания чаще могут возникнуть желудочно-кишечные расстройства. Нам удалось избежать этих осложнений следующим путем. Все дети с рождения получали грудное вскармливание и докорм сцеженным женским молоком. Грудное молоко доставлялось из родильного дома или от кормящих женщин, которые систематически и безвозмездно отдавали для этих детей излишки своего грудного молока. Таким образом, нам удалось осуществить вскармливание женским молоком до года двух детей, а остальных до 5-месячного возраста. В случаях, когда рано вводился докорм (с 2 месяцев), назначались простые разведения молока вначале 1:1 на 8—10 дней, а затем $\frac{2}{3}$ смеси, подкисленные соляной кислотой. Практически это затруднений не вызывало. С 3—4-недельного возраста назначался 1% раствор соляной кислоты с пепсином по 1 чайной ложке 2—3 раза в день. С 3—3,5-месячного возраста назначался творог вначале по $\frac{1}{2}$ чайной ложки в день, а затем через 2—3 недели по одной чайной ложке в день в 2 приема. С 4,5 месяцев большинство детей было прикреплено к молочной кухне при детской консультации, откуда им выдавались творог, гречневая и рисовая каши, концентрированный настой шиповника. Уже с введением прикорма в виде каш, овощных пюре, а затем с 6,5 месяцев — бульонов вскармливание детей облегчалось. Использовались и молочные смеси, широко рекомендуемые для детей первого года жизни.

С 2-месячного возраста дети получали соки яблочный и морковный постепенно в возрастающих дозах до 30,0—40,0 в день. Учитывая большую потребность организма недоношенного ребенка в витаминах, с первых дней назначались аскорбиновая кислота по 0,025 2 раза в день, витамины группы В по 0,001 2 раза в день; в 1—1,5-месячном возрасте назначался витамин Д от 1000 до 1500 ед. в день. Витамин Д дети получали в осенне-зимний период в масляном растворе, а летом, учитывая достаточное их пребывание на воздухе, с небольшими перерывами назначались витамины Д и А в сахарном сиропе (фабричного изготовления).

Каждый месяц проводилось исследование крови, что позволяло рано диагностировать начинающуюся анемию. К пятимесячному возрасту наблюдалось снижение гемоглобина при относительно нормальном числе эритроцитов (5 200 000—4 320 000). Уже при начальных формах анемии проводилось лечение витамином В₁₂ и препаратами железа. В первые 3 дня вводили по 30 γ витамина В₁₂, а затем по 30 γ 2 раза в неделю — так до 10 инъекций; препараты железа и 1% раствор соляной кислоты с пепсином назначались внутрь. Кроме того, детям вводили γ -глобулин и кровь матери. У некоторых детей проводилось по два таких цикла. Обязательным было достаточное пребывание детей на воздухе.

Для закаливания детей мы делали поглаживающий массаж в первые два месяца жизни. Поглаживание конечностей способствовало своевременному снятию гипертонуса сгибателей, а поглаживающий массаж стенки живота предупреждал запоры. Пассивную гимнастику в виде распрямления ручек и ножек мы включали после трех месяцев. Массаж и гимнастика проводились врачом и сестрой, им обучалась и мать. С наступлением весны дети большую часть времени проводили на свежем воздухе, принимая воздушные и солнечные ванны.

Такой комплекс мер оказался вполне эффективным. Как в физическом, так и в психическом развитии дети, родившиеся с весом 1900,0 и выше, в возрасте около года уже не отличались от здоровых доношенных детей, чего не удалось достигнуть при воспитании ребенка, родившегося с весом 1500,0. При хорошем нарастании веса

(к трем месяцам он имел вес 3350,0) он к этому времени еще плохо держал головку и по всему физическому и психическому развитию соответствовал лишь новорожденному ребенку.

У 5 детей не удалось избежать проявлений рахита, появившихся с 3—4,5 месяцев. Пришлось назначить им лечебные дозы антирахитических средств. Из других заболеваний наибольший процент падает на болезни органов дыхания, причем большое значение имели жилищно-бытовые условия. Так, из детей, родившихся с весом до 2000,0, на первом году жизни пневмонией переболели 3, катаром верхних дыхательных путей — 5 детей, причем до 3—4 раз; катаром верхних дыхательных путей в сочетании с катаральным средним отитом переболело 2 ребенка. Однако все дети справлялись с этими острыми заболеваниями и относительно быстро выздоравливали. Один ребенок, родившийся с весом 1700,0, в возрасте одного года благополучно перенес операцию под общим наркозом по поводу ущемленной врожденной пахово-мошоночной грыжи.

Заболеваний желудочно-кишечного тракта, детских инфекций ни у кого не отмечено, что также свидетельствует об эффективности проведенных мер по закаливанию и профилактике.

Итак, на медицинском участке можно эффективно организовать выхаживание недоношенных детей и добиться нормального физического и психомоторного их развития.

Однако такая работа будет более эффективной, если ее поручить в каждой поликлинике специально выделенной бригаде, включающей педиатра и двух постоянных медицинских сестер. Там же, где имеются крупные объединения с большим количеством недоношенных детей, целесообразно выделение двух и более таких бригад. Это устраним возможность инфицирования недоношенных детей, поднимет квалификацию медицинского персонала по выхаживанию как недоношенных, так и «маловесных» близнецов.

Далее, для успешного выхаживания недоношенных детей необходимо иметь в поликлиниках небольшой фонд биостимулирующих средств (Г-глобулин, нормальная сыворотка, плазма), средств предупреждения и лечения анемии (препараты железа, витамин В₁₂, фолиевая и аскорбиновая кислоты), а также переносную кварцевую установку для обслуживания этих детей в домашних условиях.

Организация инструктажа и обучения матерей недоношенных детей методике их выхаживания облегчит работу врача и сестры и обеспечит успех проводимых мер.

Поступила 2 марта 1964 г.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ПРОФЕССОР АЛЕКСАНДР ГРИГОРЬЕВИЧ АГАБАВОВ

(1863—1922)

Канд. мед. наук С. К. Никитин

Кафедра организации здравоохранения с историей медицины
(зав.— проф. Т. Д. Эпштейн) Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института

Ученик выдающегося ученого Е. В. Адамяка, крупный офтальмолог профессор Казанского университета Александр Григорьевич Агабабов родился в г. Астрахани, там же окончил гимназию, в 1883 г. поступил на медицинский факультет Казанского университета и в 1888 г. получил звание лекаря.

В офтальмологической клинике Казанского университета, руководимой проф. Е. В. Адамяком, он прошел путь от ординатора до профессора.

Свою научную деятельность А. Г. Агабабов начал с изучения микроскопического строения глаза. В гистологической лаборатории проф. К. А. Арнштейна он изучал распределение нервных окончаний в склере, радужной и сосудистой оболочках и в цилиарном теле у млекопитающих и человека. Этот вопрос был недостаточно изучен и освещен в литературе того времени.

Обобщив свои экспериментальные исследования, Агабабов представил к защите диссертацию «О нервных окончаниях в цилиарном теле у млекопитающих и человека», которую в 1893 г. защитил и получил степень доктора медицины. После защиты А. Г. Агабабов был утвержден Советом университета приват-доцентом по кафедре офтальмологии.

