

Возвращаясь к рахиту, надо сказать, что при борьбе с этой болезнью особенно недопустимо пренебрежение к окружающим условиям и ударение на расовом предрасположении. Опыт показывает, что сравнительно небольшие изменения в быту детей, изменения, которые легко достигаются санитарно-просветительной работой детских консультаций, или несложные коррективы в детском питании значительно ослабляют заболеваемость детей рахитом. Мы теперь коренным образом перестраиваем весь быт семьи, мы строим социалистические города, где могут быть созданы условия, совершенно устраняющие возможность массового или сколько-нибудь значительного распространения рахита. В такое время задерживаться на „расовых особенностях“, как на причине рахита, в ущерб борьбе с его бытовыми причинами совершенно не в интересах дела здравоохранения.

Литература: 1) Ad. Czerny. Rachitis. Hndb. d. spez. Pathol u Ther. v. Kraus u. Brugsch. Bd. IX, 7.—2) R. Degkwitz B. Ergebn. d. soz. Hyg. Bd. I.—3) П. В. Кусков. Журн. ран. возр. т. VIII, № 2. 4) Е. М. Лепский. Там же т. IX, № 1.—5) Лепский и Р. М. Мамим. Сб. посвящен. К. Г. Болю. Казань, 1932 г.—6) E. Poullsson. D. med. Woch. 1930 г. № 40.—7) Фр. Энгельс. Положен. рабочего класса в Англии в 1844 г. Русск. изд. 1928 г.

Из Инфекционной клиники Каз. Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Завед. каф. профессор А. Ф. Агафонов).

К организации противокоревых станций.

Д-ра С. А. Егеровой.

Цель нашего сообщения фиксировать внимание врача педиатра и инфекциониста на необходимости организации противокоревых станций. Функционирование станций не только обеспечит сохранение жизни детей, но и даст известный экономический эффект—не оторвет от производства мать-работницу; отсюда, понятно, что врачам необходимо широко ознакомить общественность с целью и задачей противокоревых станций.

Роль детских инфекций в заболеваемости, смертности и физическом развитии ребенка велика, и корь среди этих инфекций занимает одно из первых мест. В России в довоенное время умирало от кори столько, сколько от дифтерии и скарлатины взятых вместе. Особенно страдают от кори дети грудного и младшего возраста. Смертность от кори по Дегвицу равна 6—7%. В яслях и дет-домах % возрастает до 21—28. При внутригоспитальных инфекциях смертность доходит до 50—60%. Особенно велика смертность среди детей необеспеченных слоев населения, т. к. эти дети чаще заболевают корью в возрасте первых 3-х лет жизни, а, как известно, этот возраст дает наибольший процент тяжелых осложнений и тем самым больший процент смертности. Кроме того, корь, поражая младший возраст, сенсibiliзирует его по отношению к туберкулезу.

Таким образом было бы желательно отодвинуть заблевание корью на более старший возраст, предупредить заблевание корью среди детей раннего возраста, детей ослабленных, с расстройством питания, с зачатками т.б.с. инфекции. К сожалению, у нас в Союзе имеется сдвиг заболеваемости корью в сторону младшего возраста, что усугубляет коревую опасность.

В последние годы, в связи с ростом организованного детского населения, профилактика детских инфекций, и в частности кори, имеет особое актуальное значение. В проблеме внутригоспитальных инфекций корь играет главную роль. Заразительность коревого больного в последние дни инкубации и первые дни продром, летучесть коревого вируса и особенность вируса давать почти 100% заражение среди неиммунного населения, высокая степень „durchseuchung“ (прилипчивости) коревого вируса создают особенную трудность борьбы с этой инфекцией, наложение же кори на другую инфекционную болезнь крайне неблагоприятно. Поистине трагическое положение создается в этом отношении для детских больных, где всякое вторичное заболевание опасно, т. к. поражает уже ослабленный организм, ставя под угрозу не только здоровье, но и жизнь ребенка.

Серьезность коревой проблемы и невозможность разрешить ее путем санитарно-гигиенических мероприятий заставляли научную мысль искать выход в специфической профилактике. Ввиду того, что вопрос о возбудителе кори до сих пор еще не разрешен, активная профилактика имеет пока только научный интерес.

Наоборот пассивная профилактика кори имеет в настоящее время широкое применение во всех культурных странах. И хотя прав профессор Златогоров, отмечая, что профилактика кори человеческими сыворотками не представляет идеала и не есть разрешение проблемы профилактики, что только тогда, когда будет известен возбудитель кори эта проблема может быть разрешена путем активной иммунизации—все же пока серопротекция кори при соответствующей постановке должна считаться вполне действительной мерой.

Первый применивший сыворотку реконвалесцентов был итальянец Ченчи (Cenci). В 1916 году Николь и Консайль с успехом испытали для профилактики кори сыворотку реконвалесцентов. Дегквизц, широко поставив опыты, детально разработал этот метод. Хорошие результаты этого метода базируются на многочисленных наблюдениях, как иностранных, так и наших авторов.

Действие сыворотки зависит от целого ряда условий.

1.—Активность сыворотки. 2.—Дозы сыворотки и 3.—Время введения ее.

Для первого условия кровь у выздоравливающих надо брать в момент наибольшего накопления антител в организме. По Дегквизцу и Дебре это 7—10 день после падения температуры, по Нобекуру и Параф 10—12, или 18—22 после начала болезни. Ввиду различного содержания антител у различных выздоравливающих лучше применять смесь сывороток от нескольких доноров.

Доза сыворотки имеет большое значение. Для здорового ребенка до 4-х лет одной единицей по Дегквизцу считается 2,5—3,0 куб. сан. сыворотки. Для детей старше 4-х лет количество вводимой сыворотки увеличивается в $1\frac{1}{2}$ —2 раза. Если сыворотка вводится после 4-го дня инкубации дозы также повышаются. В больничной обстановке, где корь наслаивается на другие болезни, и детям кахектичным дозы должны быть непременно увеличены втрое или вчетверо, что часто не делается, сыворотки вводится мало и надлежащего эффекта не получается, в лучшем

случае получаем митигированную корь, которая дает дальнейшее распространение инфекции.

И своевременное введение сыворотки. Чем раньше вводится сыворотка, тем лучшие результаты. Вот здесь как раз мы более всего и уязвимы: грянет гром, а сыворотки нет. Часто нет даже матери, у которой можно бы было взять кровь, и время бывает упущено.

За неимением сыворотки коревых реконвалесцентов можно применять сыворотку взрослых. Профилактическое действие ее твердо установлено, как Дегквиец, так и др. авторами (Ритчелль, Саламон, Данилевич, Колчанова и др.). Неудачи в смысле абсолютного предупреждения имеют место при недостаточной дозировке. Нужно учитывать, что сыворотка давно болевших корью содержит меньше превентивных веществ, чем сыворотка свежих реконвалесцентов.

Твердо установленной дозы еще нет. Дегквиец применял 30,0 куб., Тордей 20,0, Дебре в 4 раза превышает дозу, установленную для сыворотки реконвалесцентов, Данилевич применяет с успехом 50—60 куб. ребенку до 5 лет. Майберг для полного предохранения от кори скарлатинозных больных вводил не менее 50,0 куб. сыв. взрослых.

С целью повысить активность сыворотки взрослых, Баар, пользуясь методами Дегквиеца выращивать в соответствующих условиях коревой вирус, вводил его подкожно взрослыми и получал сыворотку, которая дала хорошие результаты.

Аналогичные работы ведутся нами в Инфекционной клинике Института, по накоплению материала мы сообщим об этом особо.

За неимением сыворотки можно пользоваться цельной кровью. Кровь берется у субъектов после исключения у них сифилиса, тbc и малярии. Практически кровь берут у родителей. Количество в 1½—2 раза больше, чем сыворотки взрослых. При инфицировании корью детей ослабленных и больных, доза увеличивается в два, три раза. Если не удастся взять сразу достаточное количество крови, то можно повторить введение несколько дней подряд.

Своевременное заготовление и введение сыворотки позволит быстро ликвидировать заболевание корью в детских больницах, учреждениях ОХММ, не заставит объявлять карантин, закрывать ясли и др. детские учреждения. Всякое промедление и пассивное отношение, нужно помнить, стоит многих детских жизней и средств государству. Профилактика кори сывороткой должна стать обязательной при появлении кори в учреждении, особенно для детей раннего возраста.

И хотя 8-й Всероссийский съезд бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей в 1924 г. высказался за широкое применение серо-профилактики кори, а четвертый съезд педиатров в 1927 году рекомендовал метод Дегквиеца, у нас в Союзе во многих городах еще серо-профилактика кори проводится недостаточно. Широкое распространение этого метода наталкивается на отсутствие в надлежащий момент сыворотки.

Николь, а затем уже более настойчиво Дегквиец указывал на необходимость в крупных центрах организовать пункты для сбора, приготовления и хранения сыворотки. Первый такой пункт был открыт в 1921 году в Мюнхене, затем в Париже, далее сеть коревых станций была организована в различных городах Германии, Америки, Румынии.

У нас в Союзе противокоревые станции имеются в крупных центрах. Эти станции собирают не только сыворотку реконвалесцентов, но и взрослых. Станции могут быть организованы или при инфекционных больницах, или при бактериологических институтах.

В Казани при инфекционной больнице в 1926—1927 г. имелась такая станция, которая приготавлила главным образом сыворотку реконвалесцентов.

В настоящее время при развертывании грандиозного строительства (Машинострой, вагоностроительный завод и целый ряд других крупных предприятий), когда в строительстве будет занято более 40 тысяч рабочих, особенно остро стоит вопрос о необходимости широких профилактических мероприятий по борьбе с инфекциями и в частности детскими. С широким вовлечением женщин в производство, с развертыванием яслей и детплощадок, с большим количеством детских учреждений организация в Казани противокоревой станции является актуальным вопросом.

Организация станции не потребует больших средств, но существование ее безусловно дает огромные результаты, т. к. помимо основной цели сохранения многих детских жизней, не оторвет мать-работницу от производства, ограничит дачу больничных листов по уходу, уменьшит требование на детские койки в лечебных учреждениях и сократит время пребывания больных в случае внутри-больничных инфекций.

В целях проведения абсолютного бактериологического контроля, наиболее целесообразного расходования и учета действия сывороток, необходимо создать единую организацию. Конечно, приготовление сыворотки должно быть поручено отдельному лицу, ответственному за приготовление, хранение и распределение сыворотки. Для станции потребуется не более 2-х штатных единиц—врач и технический служащий. При больницах можно обойтись наличным штатом в порядке совместительства. При Инфекционной больнице в Казани открылось коревое отделение, это может послужить начальной базой для организации станции. Здесь будет иметься самый ценный материал для сывороток. Но, конечно, приготовления одной только сыворотки реконвалесцентов будет недостаточно, т. к. не покроет всей потребности в сыворотке, так что кроме сыворотки реконвалесцентов станция должна заготавливать и сыворотку взрослых.

В качестве доноров должны быть использованы коревые реконвалесценты как Инфекционной больницы, так и других дет. учреждений. Дети, только что перенесшие корь и посещающие амбулатории, дет. ясли и т. д. В учреждениях ОХММ нужно привлечь в качестве доноров детей, перенесших корь 2—3 г. тому назад, родителей детей, поступающих в больницы, ясли и другие детские учреждения. В Москве, например, всякая мать, помещающая своего ребенка в больницу, дает кровь на сыворотку.

Кроме того, станция для приготовления сыворотки должна использовать и плацентарную кровь.

В качестве доноров следует привлечь медперсонал, студентов, и, наконец, платных добровольцев. При планомерной организации можно иметь достаточно материала—сыворотки коревых реконвалесцентов или взрослых.

Необходим тесный контакт между врачами детских учреждений и коревой станции для более полного использования доноров, применения

и учета действия сыворотки. К этому вопросу следует привлечь широкую общественность. Санпросветительная работа и печать могут оказать большую пользу для привлечения доноров и заготовки сыворотки.

Органы здравоохранения и страхкасса должны оказать материальную поддержку станции, учитывая всю важность организации ее, да, кроме того, станция вполне оправдывает себя.

Всем врачам, особенно детских учреждений, дружно сплотиться вокруг общего дела и уберечь сотни детских жизней.

Из Научно-консультативного бюро Ленинградского Облотдела союза Медсантруд.—Консультант проф. Б. Б. Колянский.

Бюджет рабочего времени некоторых групп больничного медперсонала.

М. М. Либермана (Ленинград).

Проблема рационализации человеческого труда в целях достижения наивысшей его эффективности, приобретающая исключительно важное значение на данном этапе социалистического строительства, должна получить свое распространение также и в области медицинского труда. В период, когда мы вступаем в период социализма, когда в стране завершается подведение фундамента под здание социалистической экономики, требования, предъявляемые к производительности труда каждого участника социалистической стройки—повышаются. В этих условиях на органы здравоохранения ложится первостепенной важности обязательство—обеспечить взятые страной темпы социалистического строительства необходимой рабочей силой путем поддержания на нормальном уровне здоровья промышленного и колхозного населения—во первых, и скорейшего возвращения в строй выбывающих из него по временной нетрудоспособности—во вторых. Это именно обстоятельство, наряду с дающим себя уже сейчас довольно остро чувствовать недостатком в медицинских работах, выдвигает в качестве насущной необходимости задачу наиболее рационального использования труда наличных медицинских кадров. Это тем более своевременно, что уже в настоящее время многие лечебные и лечебно-профилактические учреждения по своим размерам и типу организации приближаются к фабрично-заводским предприятиям и даже их комбинатам, имея в своем штате свыше тысячи служащих, обслуживая по несколько тысяч стационарных коек и имея годовую пропускную способность во много десятков тысяч человек. Однако, само собой разумеется, что если это обстоятельство, с одной стороны, позволяет в практику лечебно-профилактических учреждений внедрить некоторые общие принципы организации труда, применяемые в промышленных предприятиях, то, с другой стороны, мы встречаемся здесь со многими специфическими особенностями в содержании и построении работы, требующими самостоятельного подхода и применения иных критериев для оценки целесообразности различных рационализаторских мероприятий в области медицинского труда. Нельзя упустить здесь из виду тех особенностей, кото-